

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

Revalidação de competências em SBV/DAE como Determinante na Segurança do Doente Crítico

Ana Mafalda Lôpo Balsas

Orientação: Doutora Maria do Céu Mendes Pinto Marques

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica, A Pessoa em
Situação Crítica

Relatório de Estágio

Évora, 2018



UNIVERSIDADE
DE ÉVORA



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

Revalidação de competências em SBV/DAE como Determinante na Segurança do Doente Crítico

Ana Mafalda Lôpo Balsas

Orientação: Doutora Maria do Céu Mendes Pinto Marques

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica, A Pessoa em
Situação Crítica

Relatório de Estágio

Évora, 2018

“Em tudo amar e servir”

(Santo Inácio de Loyola)

AGRADECIMENTOS

Ao aproximar-se o fim de um longo percurso académico, não poderia deixar de agradecer a todos os que me acompanharam neste caminho através de orientações, de palavras e de tudo o que contribuiu para o fim desta etapa.

Agradeço em especial à professora Maria Céu Marques pelo tempo e pela sua disponibilidade, e orientação em todo este processo.

À professora Graça Antunes pelo acompanhamento em estágio e disponibilidade.

Aos peritos das áreas que me ajudaram no que foi possível durante o estágio.

À enfermeira Catarina Aranha pela disponibilidade e ajuda imprescindível.

À enfermeira Sandra Sapatinha, supervisora, que se disponibilizou para ajudar durante o percurso do estágio final e a toda a equipa de enfermagem do serviço de urgência que colaborou na intervenção profissional major.

À minha família, em especial aos meus pais, e ao meu namorado pela paciência e compreensão e ajuda em momentos difíceis.

Quero também agradecer às minhas colegas de trabalho de grupo, Sónia Bilro e Sandra Silveira, ao meu amigo André Monho que contribuíram em muito para a realização deste relatório, e a todos os meus amigos pelos momentos que tive ausente e que não contaram comigo em ocasiões que necessitavam!

Sem todos eles, seria impossível terminar esta etapa.

RESUMO

Título: Revalidação de competências em suporte básico de vida como Determinante na Segurança do Doente Crítico

O relatório de estágio tem a finalidade de descrever as atividades que foram desenvolvidas para a aquisição de competências na área de Médico-cirúrgica: A pessoa em situação crítica, competências de mestre e onde descreve a intervenção profissional major desenvolvida no estágio.

O tema da intervenção profissional major, surge da necessidade no serviço de urgência de intervir na revalidação de competências em reanimação, e por neste serviço serem atendidos utentes emergentes, que podem entrar em paragem cardíaca.

A intervenção nestes doentes requer conhecimentos especializados e profissionais treinados na área que atuem de acordo com a última evidência de forma a garantir a segurança do doente. Assim, realizou o levantamento das necessidades do SU com a utilização de um questionário e realizou formação com recurso à prática simulada onde obteve os resultados que evidência a importância da prática simulada.

Palavras-chave:

Segurança do doente; Suporte básico de vida; DAE; Enfermagem médico-cirúrgica; Doente crítico

ABSTRACT

Title: Revalidation of competencies in basic life support as a Determinant in Critical Patient Safety

The internship report has the purpose of describing the activities that were developed for the acquisition of skills in the Medical-surgical area: the person is found in critical situation, master's competences and where he describes the major professional intervention developed in the stage

The theme of major professional intervention arises from the need in the emergency service to intervene in the revalidation of reanimation skills, because in this service, emergency patients who may enter cardiac arrest, are cared for.

Intervention in these patients requires expertise and trained professionals in the area who act on the latest evidence to ensure patient safety. Thus, a survey is performed on the needs of the US via a questionnaire and also training has been conducted where results provide evidence of the importance of the simulated practice.

Key words:

Patient safety; basic suport of life; DAE; medical-surgical nursing; critical patient

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Tempos previstos de atendimento para as 5 cores da Triagem de Manchester (Fonte in: site http://www.grupoportuguestriagem.pt)	29
Figura 2 - Modelo reconceptualizado da incerteza da doença (Font in: Tomey & Alligood, 2004 Imagem: Souza, 2017).....	68
Figura 3 - Modelo da Incerteza na Doença (Font in: Tomey & Alligood, 2004 Imagem: Souza 2017).....	69

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Índice de envelhecimento (Nº), Portugal e NUTS II, 2015 (Fonte: Pereira, 2017).....	31
Gráfico 2 - Intervenções com pior desempenho na 1ª prática simulada (Fonte in: a própria)	85
Gráfico 3 - Intervenções com melhor desempenho na 1ª prática simulada (Fonte in: a própria)	86
Gráfico 4 - Comparação das intervenções realizadas antes e após a sessão formativa, e as que após a sessão não atingiram os 100% (Fonte in: a própria)	87
Gráfico 5 - Representa a evolução da competência dos enfermeiros no SU antes da sessão formativa e após a sessão formativa (Fonte in: a própria)	88

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caraterização sociodemográfica dos enfermeiros do SU	25
Tabela 2 - Número total de doentes atendidos no serviço de urgência entre 2014 e 2016	27
Tabela 3 - Doentes admitidos no serviço de urgência por turno, durante o 1º trimestre de 2017	27
Tabela 4 - Número de doentes que receberam triagem no 1º semestre de 2017	30
Tabela 5 - Índice de envelhecimento (Nº), Portugal e NUTS II, 2010-2015	31
Tabela 6 - Taxa de mortalidade por algumas causas de morte	32
Tabela 7 - Total de Episódios de Urgência por período horário e cor de triagem no SU da Unidade Hospitalar da ULSNA	33
Tabela 8 - Os conhecimentos, competências e treino em SBV/DAE da equipa	80
Tabela 9 - Total de Episódios de Urgência com cor triagem de vermelho e laranja e com diagnóstico PCR no SU no ano de 2017	82
Tabela 10 - Desempenho dos enfermeiros em SBV/DAE antes e após o momento formativo (Font in: a própria)	84

ABREVIATURAS

Dec. Lei – Decreto-lei

Enf.^a – Enfermeira

Enf.^o - Enfermeiro

Prof^a- Professora

N.^o - Número

SIGLAS E ACRÓNIMOS

AO – Assistente Operacional

ARSA- Administração Regional de Saúde do Alentejo

CNECV- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

CPR – Conselho Português de Ressuscitação

DAE- Desfibrilhador Automático Externo

DGS – Direção-Geral da Saúde

EMC- Enfermagem Médico-Cirúrgica

ERC – European Resuscitation Council

FV- Fibrilhação Ventricular

GCLPPCIRA – Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência dos Anti-Microbianos

IACS- Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ILCOR – International Liaison Committee on Resuscitation

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OCDE- Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS- Organização Mundial de Saúde

PCR – Paragem Cardio-Respiratória

RCP – Reanimação Cardiopulmonar

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SES- Servicio Extremeño de Salu

SIV – Suporte Imediato de Vida

SO – Serviço de Observação

STM- Sistema de Triagem de Manchester

SU – Serviço de Urgência

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

ULSNA – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	13
1 APRECIAÇÃO DO CONTEXTO	16
1.1 Hospital Universitário da Extremadura	16
1.1.1 Recursos materiais	17
1.1.2 Recursos Humanos	18
1.1.3 Análise de produção da unidade	19
1.1.4 Análise da população	19
1.2 Serviço De Urgência Da Unidade Local De Saúde Do Norte Alentejano.....	20
1.2.1 Recursos materiais	22
1.2.2 Recursos humanos	23
1.2.3 Análise de produção da unidade	26
1.2.4 Análise da população	30
2 ANÁLISE DOS OBJETIVOS	34
3 ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	36
3.1 Competências Comuns	37
3.2 Competências Específicas.....	53
4 INTERVENÇÃO PROFISSIONAL MAJOR.....	62
4.1 Fundamentação	62
4.2 Enquadramento Concetual e Teórico.....	66
4.2.1 Teoria da Incerteza- Merle Mishel	66
4.2.2 A teoria na incerteza da doença	68
4.2.3 Segurança do doente crítico.....	71
4.2.4 Suporte básico de vida e desfibrilhação automática externa	72
4.2.5 Prática simulada.....	75

4.3	Objetivos.....	78
4.4	Metodologia.....	78
4.4.1	População alvo e levantamento de necessidades.....	79
4.4.2	Procedimentos éticos.....	80
4.4.3	Diagnóstico da situação.....	81
4.5	Resultados.....	83
4.6	Discussão.....	88
4.7	Conclusão.....	92
5	ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO.....	94
	CONCLUSÃO.....	96
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	98
	APÊNDICES.....	I
	APÊNDICE I Projeto de estágio final.....	II
	APÊNDICE II - Plano e Cronograma para a Realização da Intervenção Profissional Major no Serviço de Urgência.....	XXIX
	APÊNDICE III - Questionário realizado aos enfermeiros do SU para caracterização da amostra.....	XXXII
	APÊNDICE IV - Projeto Prevenção e Controlo de Infecção: Higienização das Mãos no Serviço de Urgência.....	XXXV
	APÊNDICE V - Projeto de Intervenção em situação de catástrofe.....	XLII
	APÊNDICE VI - Póster da Triagem de Manchester.....	L
	APÊNDICE VII - Artigo científico.....	LII
	APÊNDICE VIII - Check-list de avaliação da prática simulada em SBV/DAE utilizada nos 2 momentos de avaliação.....	LXXIII
	APÊNDICE IX - Apresentação em Power Point sobre Suporte Básico de Vida e DAE.....	LXXVI
	APÊNDICE X - Plano de sessão formativo.....	LXXXIII

APÊNDICE XI - Pedido de parecer à comissão de ética da Ulsna	LXXXVI
APÊNDICE XII - Pedido de parecer à comissão de ética da Universidade de Évora	LXXXIX
ANEXOS	XCV
ANEXO I - Autorização para a modificação e utilização do questionário para a caracterização da amostra.....	XCVI
ANEXO II - Certificado de SBV/DAE	XCVIII
ANEXO III - Certificado de presença no V encontro de enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica.....	C
ANEXO IV - Certificado de presença no workshop da ECMO.....	CIII
ANEXO V - Certificado de presença nas III jornadas da Urgência.....	CV
ANEXO VI - Certificado de 1º lugar do póster com o título: “Sistema de Triagem de Manchester- eficácia na prática de enfermagem na abordagem ao doente crítico” nas III jornadas da Urgência	CVII
ANEXO VII - Avaliação da Sessão formativa.....	CIX
ANEXO VIII - Parecer positivo da comissão de ética da Ulsna	CXI
ANEXO IX - Parecer positivo da comissão de ética da Universidade de Évora	CXIII
ANEXO X - Consentimento Informado	CXV

INTRODUÇÃO

O relatório de estágio surge como documento reflexivo do estágio final do curso de Mestrado em Associação na área da Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica- “A Pessoa em Situação Crítica”, que foi criado pelo aviso n.º 5622/2016, publicado em Diário da República, 2.ª série – n.º 84 de 2 de Maio de 2016, na Universidade de Évora. (Diário da República, 2016)

Segundo o regulamento do estágio final, o relatório do mestrado em enfermagem, é um trabalho de descrição e reflexão crítica promenorizado e fundamentado, com recurso aos métodos de recolha e tratamento de dados, das atividades desenvolvidas no âmbito do estágio efetuado numa instituição/entidade acolhedora, o qual será alvo de prova pública perante o júri. (AESES, 2016)

O estágio final decorreu no período de 18 de Setembro a 26 de Janeiro num total de 18 semanas. Teve orientação da docente Prof.ª Maria da Graça Antunes, e como enfermeiros supervisores: o enfermeiro Julian Martinez na UCI e enfermeira Sandra Sapatinha no SU. A sua realização teve por base o projeto de estágio elaborado (Apêndice I) e o projeto realizado para o desenvolvimento da intervenção profissional major (Apêndice II).

A elaboração deste documento tem como objetivo geral:

✓ Descrever de forma crítica e reflexiva as atividades desenvolvidas ao longo do estágio;

Como objetivos específicos:

✓ Descrever as atividades realizadas para aquisição de competências na área de Médico-cirúrgica: A pessoa em situação crítica e competências de mestre;

✓ Descrever de forma crítica e reflexiva as etapas da intervenção profissional major;

✓ Apresentar sugestões de melhoria na segurança do doente relativos á intervenção profissional realizada;

A formação ao longo da vida surge como uma experiência inerente ao próprio desenvolvimento profissional do enfermeiro marcado pelo rápido desenvolvimento tecnológico e da complexidade dos contextos específicos do cuidar. Nos atuais paradigmas de ensino/formação as transformações que ocorreram evidenciam a simulação como uma estratégia de ensino e aprendizagem inovadora e uma ferramenta eficaz, que encaixa num mundo em rápida mutação e responde às exigências da educação em enfermagem e dos cuidados de saúde modernos. Para assegurar a qualidade no exercício profissional, não só elevados padrões de qualidade são exigidos à educação inicial, mas a formação contínua revela-se fundamental na permanente atualização profissional e melhoria dos cuidados prestados (Aleixo & Almeida, 2014)

É importante que as instituições de saúde adotem uma gestão participativa, onde os profissionais da linha da frente do atendimento possam atuar, de maneira integrada, junto aos líderes organizacionais na construção e na partilha do conhecimento voltado para a identificação dos problemas e das fragilidades existentes no ambiente assistencial. A mudança na cultura de segurança nas instituições poderá contribuir com a identificação de novos caminhos para a qualidade e a segurança no cuidado prestado ao indivíduo, família e comunidade. (Gimenes & Cassiani, 2014)

O tema escolhido para a elaboração da intervenção profissional major durante o período de estágio, perante as necessidades do SU e depois de um diálogo com a enfermeira chefe, foi a “Revalidação das competências em suporte básico de vida e desfibrilhação automática externa como determinante na segurança do doente crítico”, uma vez que está dentro das orientações dirigidas pelo mestrado e é uma necessidade no SU, pela diminuída prática nesta área.

Para dar resposta aos objetivos: em primeiro lugar irá ser feita uma descrição da UCI do Hospital Universitário da Extremadura e de um SU da ULSNA. Seguidamente

irá ser apresentada uma reflexão dos objetivos traçados no projeto de estágio e irá ser realizada a análise e reflexão das competências do enfermeiro especialista e mestre que foram adquiridas ao longo do estágio.

A última parte do relatório é referente á implementação da intervenção profissional major no SU que inclui o enquadramento teórico, resultados, discussão de resultados, conclusão, análise reflexiva sobre o processo de controlo, e conclusão.

O presente relatório de mestrado foi elaborado de acordo com as normas American Psychological Association (APA, 2010) e representa o longo percurso, iniciado em 2016 com o ingresso no mestrado em enfermagem médico-cirúrgica na Escola Superior São João de Deus da Universidade de Évora.

1 APRECIACÃO DO CONTEXTO

O estágio final ocorreu em dois hospitais diferentes. O primeiro período de estágio ocorreu no serviço de unidade de cuidados intensivos do hospital Universitário da Extremadura, e o segundo período de estágio teve lugar no SU de um dos hospitais da ULSNA, EPE. Assim, segue-se a descrição de cada um dos locais de estágio.

1.1 Hospital Universitário da Extremadura

Este hospital está localizado no sudoeste da Comunidade Autónoma, cercada pelas áreas sanitárias de Cáceres, Mérida e Zafra, e o país vizinho de Portugal. É a área de saúde com a maior população e, portanto, onde se localiza o maior número de recursos de saúde da Comunidade Autónoma. Tem um carácter eminentemente urbano, concentrando-se principalmente na população de Badajoz. Esta área de Saúde está geograficamente limitada à região do Alentejo Português. (Alejo García, López Martínez, Franganillo Rodríguez, & Durán Vivas, 2016)

Este hospital tem como missão, proporcionar aos utentes cuidados de carácter público e universais com qualidade nas vertentes de prestação de cuidados e reabilitação, prevenção da doença e promoção da saúde. É constituído por muitas valências e capacidade de resposta, este tem como finalidade atingir e construir uma organização de saúde excelente e procura a qualidade total, bem como promover a investigação, inovação e adaptar as novas necessidades de saúde. Os seus princípios são os seguintes:

- ✓ Universalidade: Garantir o direito e a proteção da saúde de todos os cidadãos.
- ✓ Equidade: Proporcionar o acesso de saúde a todos os cidadãos com a mesma igualdade, salientando a união social e solidariedade.
- ✓ Participação: Garantir não só a participação de todos os cidadãos de forma a cumprirem os seus direitos e responsabilidade com o serviço de Saúde como também a

participação dos profissionais para implementar a eficácia e qualidade do sistema sanitário, sendo fundamental a sua participação para atingir os objetivos da organização.

✓ Eficiência: Adquirir o compromisso de conseguir a máxima eficácia e qualidade com o menor custo possível conforme os âmbitos da gestão e respeitando os princípios de equidade e universalidade. (SES, 2015)

Parte do estágio final foi realizada no serviço da UCI, onde são internados cerca de 9.750 doentes urgentes por ano, doentes que necessitam de cuidados especializados. Este é um serviço polivalente que recebe todo o tipo de doentes do foro médico ou cirúrgico com gravidade elevada, mas com probabilidade de recuperação (Alejo García et al., 2016)

1.1.1 Recursos materiais

A UCI fica situada no 1º piso, e está dividida em UCI 1 e UCI 2. A Unidade tem capacidade para 30 utentes, 15 camas para a UCI 1 e 15 camas para a UCI 2, tendo realizado o estágio na UCI 1. Esta é constituída por 15 unidades, na qual 6 estão fechadas com vidro e porta para isolamento quando necessário e as restantes são unidades abertas. Em cada unidade existe uma cama elétrica articulada, monitor cardíaco, um ventilador, computador que liga ao monitor do utente e permite a gravação dos parâmetros vitais de forma automática, oxigenoterapia, e uma mesa com todo o material necessário para qualquer procedimento ao utente. A unidade está dotada de um sistema de telemetria centrada no balcão e que permite a vigilância da monitorização de todos os utentes internados.

O serviço de UCI 1 tem como objetivos:

- ✓ Fornecer suporte ventilatório mecânico, ventilação mecânica não invasiva e ventilação espontânea.
- ✓ Colocação de analgesia para retirar a dor ao utente;
- ✓ Colocação de sedação necessária;

- ✓ Manter parâmetros vitais estáveis;
- ✓ Reanimação a qualquer utente que necessite, e manutenção de tratamento intensivo até que recupere o estado crítico;
- ✓ Aplicar técnicas e métodos necessários bem como a ventilação artificial, oxigenoterapia hiperbárica, equilíbrio hemodinâmica, electrolítica, metabólica ou ácido-base;

1.1.2 Recursos Humanos

Cada unidade tem a sua equipa específica de enfermeiros, sendo os médicos os mesmos para as duas unidades.

Por escolha da enfermeira supervisora no 1º dia de estágio, foi decidido a realização do estágio na UCI 1, onde são internados todos os utentes em situação crítica de todas as especialidades que vem do bloco operatório, transferidos de outros hospitais, do serviço de urgência, e todos os utentes que se encontram instáveis no qual necessitam de suporte hemodinâmico e ventilatório.

Da equipa médica, fazem parte, 10 médicos intensivistas residentes, 1 chefe de serviço e 2 médicos supervisores. Desta equipa fazem parte também os alunos que estão a fazer o internato e médicos que estão a fazer a especialidade de intensivista.

A equipa de enfermagem da UCI 1 é constituída, para além do enfermeiro supervisor e enfermeiro responsável, por 24 enfermeiros, 2 com redução de horário. A equipa de enfermagem é distribuída da seguinte forma: 5 enfermeiros de manhã, 4 enfermeiros à tarde e 3 enfermeiros no período da noite de segunda-feira a sexta-feira. No fim-de-semana apenas estão 4 enfermeiros no turno de manhã, 4 no turno da tarde e 3 no turno da noite. Estes realizam o horário por turnos com a rotatividade de tarde, manhã, noite e a seguir 2 descansos.

A equipa de auxiliares de enfermagem é constituída por 17 elementos, estando 2 com redução de horário. Estes são distribuídos da seguinte forma: 3 auxiliares no turno da noite, 3 auxiliares no turno da manhã e 3 auxiliares no turno da tarde. Existe ainda

uma equipa de maqueiros para a UCI, da qual são escalados: 1 para cada unidade e um segundo elemento circulante que dá apoio às duas unidades. Da equipa multidisciplinar fazem também parte 2 fisioterapeutas que dão apoio à UCI 1 e UCI 2 e unidade cardio-pulmonar.

1.1.3 Análise de produção da unidade

Relativamente á produção do Hospital Universitário da Extremadura, os dados mais recentes são de 2016. Neste ano o n.º de admissões na UCI foi de 1263 doentes, admitidos 562 doentes urgentes; 700 doentes transferidos de outros serviços da unidade hospitalar e uma admissão programada. Os doentes permanecem em média 4.54 dias na UCI, sendo o índice de ocupação de 52.26%. O índice de mortalidade destes doentes, situa-se entre os 15 % e os 18%. (Alejo García et al., 2016)

1.1.4 Análise da população

A Área de Saúde com a maior população tem um carácter eminentemente urbano, concentrando-se principalmente na população de Badajoz. Esta área de saúde está geograficamente limitada à região do Alentejo de Portugal. Segundo o SES a população total que é abrangida pela referida área, é de um total de 273.165 habitantes, em que 134.901 são mulheres espanholas e 130.81 são homens espanhóis. Faz parte também desta área, a população estrangeira em que são 3.738 homens e 3.715 mulheres. Verificou-se que desde o ano de 2000 a população aumentou significativamente, uma vez que em 2000 havia uma área com uma totalidade de 255.613 habitantes, e em 2016 existe uma totalidade de 273.165 habitantes, podendo verificar-se um aumento de 17.552 habitantes. (Alejo García et al., 2016)

A UCI recebe utentes em situação crítica de outros serviços do mesmo hospital que necessitam de cuidados mais especializados ou que são transferidos por instabilidade, recebe doentes do bloco operatório pós-cirurgia, e recebe utentes encaminhados do exterior, até mesmo da cidade transfronteiriça.

1.2 Serviço De Urgência Da Unidade Local De Saúde Do Norte Alentejano

O SU onde foi realizada a segunda parte do estágio final, fica situado numa unidade hospitalar da ULSNA. A missão do serviço está enquadrada na missão da ULSNA:

“...promover o potencial de todos os cidadãos, através do fomento da saúde e da resposta à doença e incapacidade, garantindo a qualidade dos serviços prestados, a tutela da dignidade humana e a investigação permanente na procura contínua de soluções que reduzam a morbilidade e permitam obter ganhos em saúde”.(ULSNA, 2015, p 7)

A ULSNA teve origem a 1 de Março de 2007, onde foi criada a Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano EPE, entidade jurídica que presta cuidados assistenciais de saúde primários e diferenciados, substituindo os serviços até essa data prestados pelos Hospitais Doutor José Maria Grande de Portalegre, Santa Luzia de Elvas e pelos Centros de Saúde do distrito de Portalegre.

O objetivo principal da ULSNA é a prestação de cuidados de saúde primários, secundários, reabilitação, continuados integrados e paliativos à população, designadamente aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde e aos beneficiários dos subsistemas de saúde, ou com entidades externas que com ele contratualizem a prestação de cuidados de saúde e a todos os cidadãos em geral, bem como articular com as atividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área geográfica por ela abrangida. (ULSNA, 2016)

A ULSNA pretende desenvolver atividades de investigação, formação e ensino, sendo a sua participação na formação de profissionais de saúde, dependente da respetiva capacidade formativa, podendo ser objeto de contrato-programa em que se definam as respetivas formas de financiamento. A área de influência corresponde ao distrito de Portalegre abrangendo todos os seus concelhos: Alter do Chão, Arronches, Avis, Campo Maior, Castelo de Vide, Crato, Elvas, Fronteira, Gavião, Marvão, Monforte, Nisa, Ponte de Sôr, Portalegre e Sousel. A ULSNA, E.P.E. é constituída pelos hospitais

Dr. José Maria Grande de Portalegre e Santa Luzia de Elvas bem como pelo Agrupamento de Centros de Saúde de São Mamede. (ULSNA, 2016)

O SU tem como visão constituir uma imagem de excelência no atendimento dos cidadãos, na ligação à comunidade, na criação de parcerias, na investigação permanente e no impacto das atividades desenvolvidas e tem como valores: o respeito pela dignidade e direitos dos utentes; Excelência técnica; Igualdade de tratamento; Ética, integridade e transparência; Primazia do interesse do utente; Trabalho de equipa; Respeito pela dignidade dos profissionais. Estes são os valores do serviço e estão enquadrados no artigo 99 da lei 156/2015 (segunda alteração ao estatuto da ordem dos enfermeiros), no n.º 1 que nos diz que as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro; no n.º 2 são valores universais a observar na relação profissional:

- ✓ A igualdade;
- ✓ A liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum;
- ✓ A verdade e a justiça;
- ✓ O altruísmo e a solidariedade;
- ✓ A competência e o aperfeiçoamento profissional.

Os princípios orientadores da atividade dos enfermeiros são:

- ✓ A responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade;
- ✓ O respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados;
- ✓ A excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais. (Dec.Lei nº 156, 2015)

1.2.1 Recursos materiais

O serviço de urgência situa-se no 1º piso do edifício hospitalar e está distribuído pelos seguintes espaços:

- Zona de entrada: onde se localiza a sala de espera de utentes que lhe foi atribuída a prioridade de pouco urgente e não urgente e onde se localiza a receção e balcão administrativo.
- Balcão 1: local onde é realizado o atendimento médico aos utentes.
- Sala de Triage: Sala onde os enfermeiros realizam a Triage de Manchester.
- Sala de Reanimação: Sala onde são alocados os utentes urgentes, e em situação crítica com necessidade de monitorização, ventilação mecânica e outros procedimentos invasivos. A sala é constituída por um monitor desfibrilhador com ECG de 12 derivações; 1 ventilador portátil e 1 carro de emergência.
- Sala de Pequena Cirurgia: local onde são efetuados procedimentos cirúrgicos e que contém material esterilizado.
- Gabinete: sala da direção de serviço.
- Balcão 2: local onde são alocados utentes que necessitam monitorização cardíaca e oxigenoterapia.
- Sala de Especialidades: local onde os médicos especialistas observam os utentes.
- Sala de Pausa: local para realizar uma pausa ao meio da manhã e da tarde.
- Sala de exames: local onde os médicos realizam ECG.
- Sala de Arrumos: local onde existe material para consumo clínico.

➤ Serviço de Observação: local onde são internados utentes de todas as especialidades que se encontram hemodinamicamente instáveis e necessitam de vigilância. É constituído por 2 salas, cada uma com 2 camas, todas com monitorização cardíaca, oximetria, oxigenoterapia e esfigmomanómetro. Em cada uma das salas existe um monitor desfibrilhador, um laringoscópio e um ventilador para ventilação não invasiva.

➤ Corredor do SU: local onde são encaminhados utentes aos quais é atribuída a prioridade urgente na triagem, e todos os utentes que após administração de medicação necessitam de vigilância e que aguardam realização de outros exames complementares de diagnóstico.

➤ Copa: local para a equipa realizar as refeições.

➤ Instalação Sanitárias: existe para os utentes e outra para funcionários.

➤ Sala de Sujos: local onde são colocados os lixos e arrastadeiras.

➤ Base do INEM: local onde está alocada a equipa SIV.

➤ Balcão de Ortopedia: local onde são prestados cuidados a utentes com necessidades ortopédicas. O espaço está preparado para sala de isolamento.

1.2.2 Recursos humanos

A equipa multidisciplinar do serviço de urgência é constituída por 23 enfermeiros, sendo uma a enfermeira chefe, uma enfermeira detentora de título de especialista em enfermagem médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica e os restantes 21 enfermeiros de cuidados gerais. Destes enfermeiros, 6 integram a equipa de pré-hospitalar – ambulância-SIV, de acordo com o protocolo estabelecido entre a ULSNA, ARSA e INEM. Fazem parte da equipa 8 assistentes operacionais, 7 administrativos e 24 médicos especialistas (8 internistas, 8 ortopedistas, 7 cirurgiões e 3 anestesistas). Para além dos especialistas, existem neste serviço 2 médicos de medicina geral e

familiar 24h por dia, que asseguram o atendimento geral. A equipa assegura o funcionamento do serviço, distribuídos da seguinte forma:

➤ Enfermeiros: 4 no turno da manhã, 4 do turno da tarde e 2 no turno da noite para assegurar o serviço de urgência de acordo com os postos de trabalho atribuídos (balcão, triagem e SO) e 1 enfermeiro 24h por dia que assegura o meio SIV em colaboração com 3 enfermeiros do INEM.

➤ Médicos: 2 médicos de medicina geral e familiar, um internista, um cirurgião, um ortopedista e um anestesista.

➤ Assistentes operacionais: 2 no turno da manhã, 2 no turno da tarde e 1 no turno da noite;

➤ Administrativos: 2 no turno da manhã, 2 no turno da tarde e 1 no turno da noite;

Para além destes recursos humanos, existe ainda uma técnica de imunohemoterapia e um técnico de imagiologia em presença física durante 24h, que asseguram o serviço de laboratório e imagiologia respetivamente. Existe também um médico radiologista que se encontra de prevenção.

Dentro das instituições, os enfermeiros prestam cuidados orientados por modelos de prestação de cuidados de enfermagem, que cada vez mais são influenciados pela carga de trabalho e escassez de recursos humanos.

Dentro da organização de cuidados de enfermagem, os modelos tradicionais foram-se enriquecendo com novas percepções dirigidas para a pessoa. A boa prestação de cuidados implica uma componente de humanização, e os cuidados prestados são fruto de acontecimentos, fenómenos, características da instituição de saúde e da organização. (Costa, 1995).

A equipa de enfermagem do SU assegura os cuidados aos utentes pelo método individual de trabalho, são responsáveis pelos cuidados que são prestados aos utentes naquele turno, e não existe continuidade de cuidados, nem enfermeiro de referência. Em cada turno existe um enfermeiro responsável de turno que faz a gestão dos cuidados e

da equipa de enfermagem. Segundo (Pinheiro, 1994) os cuidados de enfermagem individuais são caracterizados pela atribuição de um enfermeiro a um único utente.

De forma a caracterizar a equipa de enfermagem do SU durante o estágio foi elaborado um questionário aos enfermeiros da equipa (Apêndice III). Este instrumento já foi utilizado num estudo semelhante, foi então pedida autorização ao autor do mesmo para a modificação e utilização do questionário, a qual foi autorizada (Anexo I). Com este instrumento obtive os dados sociodemográficos, que irão ser apresentados na Tabela nº1. Assim, na tabela seguinte verificam-se as respostas realizadas aos 20 enfermeiros do SU, uma vez que uma se encontra de licença de maternidade, e 1 de licença sem vencimento.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros do SU

		Totais (n=20)	Percentagem (%)
Escalão Etário	21-30	0	0,0
	31-40	10	50,0
	41-50	7	35,0
	51-60	3	15,0
Sexo	Masculino	6	30,0
	Feminino	14	70,0
Anos de serviço	0-5	1	5,0
	6-10	5	25,0
	11-15	2	10,0
	16-20	5	25,0
	21-25	3	15,0
	26-30	4	20,0
	31-35	0	0,0
	36-40	0	0,0
Anos no SU	0-5	5	25,0
	6-10	5	25,0
	11-15	3	15,0
	16-20	4	20,0
	21-25	3	15,0
	26-30	0	0,0
	31-35	0	0,
	36-40	0	0,0
Enfermeiro especialista	Sim	1	5,0
	Não	19	95,0
Enfermeiro Especialista Área	Saúde Comunitária	0	0,0
	Médico-Cirurgica	1	100,0
	Saúde Mental e Psiquiatria	0	0,0

	Saúde Infantil e Pediatria	0	0,0
	Saúde Materna e Obstetrícia	0	0,0
	Reabilitação	0	0,0%

(Font in: a própria)

De salientar que os enfermeiros que prestam cuidados neste SU regem-se pelos padrões de qualidade, que configura um enorme desafio, pela vantagem da necessidade de refletir sobre o exercício profissional dos enfermeiros e pela melhoria nos cuidados de enfermagem. (Ordem dos Enfermeiros, 2001)

Importante também referenciar o cumprimento do REPE e código deontológico que os enfermeiros deste SU devem respeitar, bem como dentro da instituição, estes têm o dever de seguir as recomendações e normas do Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência dos Antimicrobianos (GCLPPCIRA).

Este grupo tem revelado grande importância, uma vez que obedece a um compromisso, não só com o Ministério da Saúde, como também com os órgãos de gestão das unidades de saúde na obtenção de resultados. Este compromisso resulta em ações a nível internacional e dos países. As ações para promover o Desafio Clean Care is Safer Care a nível dos países são uma das formas-chave de assegurar as melhorias ao nível de cada unidade de saúde. (PPCIRA, 2016)

1.2.3 Análise de produção da unidade

Perante o contexto, os utentes que procuram o serviço de urgência são motivo da dedicação e esforço realizado pelos profissionais de saúde. A tabela seguinte mostra a análise retrospectiva dos últimos 3 anos do número de utentes que recorre ao SU, verificando-se o decréscimo de utentes de 2014 a 2016:

Tabela 2 - Número total de doentes atendidos no serviço de urgência entre 2014 e 2016

Urgências nos hospitais		
2014	2015	2016
30.662	29.278	Pro 29.568

(Font in: Adw, Alert®, 2017, última atualização 2015)

Foi realizada uma análise pormenorizada dos dados do 1.º trimestre de 2017 que eram os dados disponíveis no momento da realização deste relatório. O serviço de urgência atendeu um total de 7288 doentes neste período de tempo. Esses dados podem ser visualizados na tabela seguinte.

Tabela 3 - Doentes admitidos no serviço de urgência por turno, durante o 1º trimestre de 2017

	1.º Trimestre 2017	Admitidos no turno noite	Admitidos no turno manhã	Admitidos no turno tarde
N.º total de doentes	7288	627	3797	2864
N.º de doentes /dia	81	7	42	32
% doentes	100	8.6	52	39,4

(Font in: Adw, Alert®, 2017)

Perante a tabela em cima mencionada, verifica-se que existe mais afluência á urgência no turno da manhã e menos recorrência no turno da noite. O sistema utilizado neste SU para a triagem de doentes é o sistema da triagem de Manchester.

O STM é um instrumento de apoio à gestão do risco clínico no serviço de urgência, que permite gerir o fluxo de doentes com segurança e garantir o atendimento às pessoas que necessitam de cuidados imediatos. Este sistema permite identificar critérios de gravidade de forma sistematizada e objetiva, que sugerem a prioridade clínica e tempo alvo recomendado até à observação médica. (Grupo Português de Triagem, 2015)

A aplicação deste sistema é atribuída aos enfermeiros, que de acordo com os fluxogramas, identificam a prioridade clínica, de forma a preservar os valores de saúde: 1º Proteger vidas humanas e saúde; 2º - Utilizar os recursos de forma eficiente; 3º - Manter equidade. (Wulp, 2010)

Na Triagem de Manchester a avaliação clínica desenvolve-se a partir da queixa apresentada, que é constituída pelo primeiro sinal ou sintoma identificado pelo profissional de saúde e pelo doente, que o leva a procurar o serviço. Assim, foi elaborada uma lista de 50 fluxogramas que abragem quase todas as situações expostas no serviço de urgência, elaborada com base nas queixas apresentadas e que permitem atribuir cinco níveis de prioridade aos doentes, conforme as queixas e os sinais de gravidade apresentados pelos mesmos. (Grupo Português de Triagem, 2015)

As prioridades que podem ser concedidas são emergentes (cor vermelho), muito urgente (cor laranja), urgente (cor amarela), pouco urgente (cor verde) e não urgentes (cor azul), estando atribuídas às cores, um tempo alvo. Assim, os tempos de espera dos utentes são definidos de acordo com a cor: cor vermelha (0 min), cor laranja (10 min), cor amarela (60 min), cor verde (120 min) e cor azul (240 min). (Grupo Português de Triagem, 2015)

Segue-se na figura nº1 a representação das cores da triagem e tempos atribuídos que devem ser respeitados.

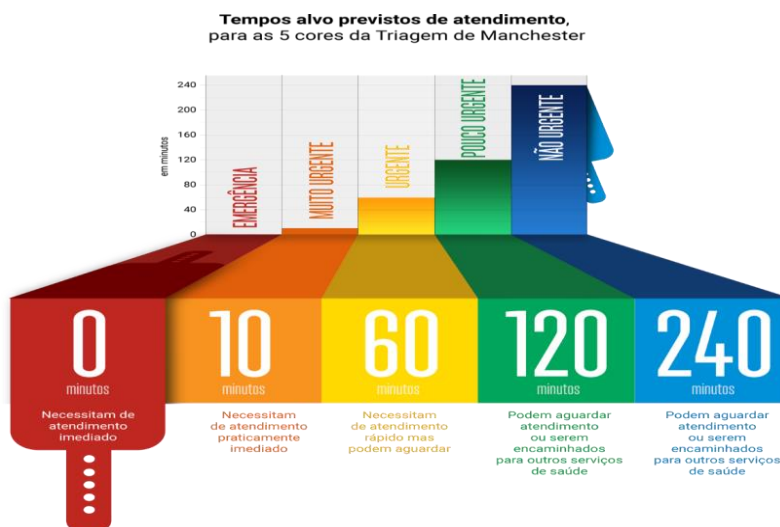


Figura 1 - Tempos previstos de atendimento para as 5 cores da Triagem de Manchester (Fonte in: site <http://www.grupoportuguestriagem.pt>)

A tabela nº 4 em baixo apresenta os dados relativamente à triagem de Manchester do serviço de urgência no 1.º semestre de 2017. Assim, verifica-se que existem 33 doentes que lhe foi atribuída cor vermelha o que significa que em 3 meses são atendidos uma média de 0,5% utentes emergentes e uma média de 11% de doentes muito urgentes. Doentes urgentes verificam-se 44,7%, sendo os restantes 43,8% utentes pouco urgentes, o que equivale a cerca de metade da população que recorrem á urgência, sendo estes pouco urgentes, a maioria poderiam recorrer às unidades de atendimento permanente dos cuidados de saúde primários.

Tabela 4 - Número de doentes que receberam triagem no 1º semestre de 2017

Cor Triagem	N.º Doentes	% Doentes
Vermelho	33	0.5%
Laranja	802	11%
Amarelo	3247	44.7%
Verde	2950	40.5%
Azul	119	1.6%
Branco	121	1.7%
Total	7272	100%

(Font in: Adw, Alert®, 2017)

1.2.4 Análise da população

Após uma análise da população, verifica-se no Alentejo o envelhecimento da população ano após ano. Os dados recolhidos do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2016) entre 2010 e 2015 citados por Pereira, (2017,p.30) refletem um aumento de 173 para 192 idosos por cada 100 jovens no Alentejo, situando-se a média nacional nos 147 idosos como se pode verificar na tabela nº 5 e no gráfico nº 1 em baixo apresentados.

Tabela 5 - Índice de envelhecimento (Nº), Portugal e NUTS II, 2010-2015

	Portugal	Norte	Centro	A. M. Lisboa	Alentejo	Algarve	R. A. Açores	R. A. Madeira
Índice de Envelhecimento (Nº)								
2010	123,9	109,5	155,7	117,4	173,2	121,2	70,9	82,8
2011	127,6	114,1	160,7	119,7	175,0	125,3	72,3	87,0
2012	131,1	118,9	164,5	122,1	177,1	127,8	74,1	90,6
2013	136,0	125,3	170,3	125,4	180,7	131,8	76,0	95,0
2014	141,3	132,2	177,0	128,5	186,5	135,6	78,6	99,8
2015	146,5	139,5	183,3	131,7	191,6	138,4	82,4	105,3

(Fonte: Pereira, 2017)

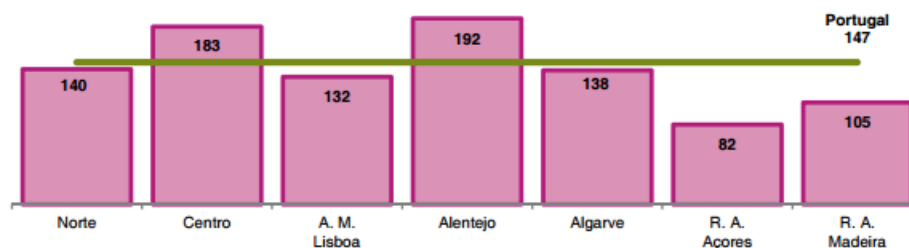


Gráfico 1 - Índice de envelhecimento (Nº), Portugal e NUTS II, 2015 (Fonte: Pereira, 2017)

Após uma análise promenorizada do gráfico nº 1, confirma-se que se trata de uma população muito envelhecida, que tem vindo a crescer gradualmente desde 2010, ao longo de todo o país, mas com maior incidência no Alentejo, onde se localiza o SU onde foi implementada a intervenção profissional major.

Ao constatar-se que se está perante uma população envelhecida, foi possível evidenciar que as doenças do foro circulatório, são as que têm maior percentagem de mortalidade a nível nacional e principalmente na região do Alentejo. Assim, na tabela nº6 consta que as doenças circulatórias são as que causam mais taxa de mortalidade no Alentejo, apesar de se ter verificado uma diminuição da taxa cerca de 1,1% de 2001 para 2014.

Tabela 6 - Taxa de mortalidade por algumas causas de morte

Algumas causas de mortalidade (‰)									
Local Residência	Baixo Alentejo			Alentejo			Portugal		
	2014	2011	2001	2014	2011	2001	2014	2011	2001
Diabetes	0,7	0,6	0,8	0,6	0,7	0,6	0,4	0,4	0,4
Doenças do aparelho circulatório	4,7	5,9	7,6	4,3	4,5	5,5	3,1	3,0	4,0
Doenças do aparelho digestivo	0,6	0,5	0,6	0,5	0,6	0,5	0,4	0,4	0,4
Doenças do aparelho respiratório	1,6	1,7	1,0	1,7	1,4	0,9	1,2	1,1	0,9
SIDA (‰)	0,1	0,2	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	1,0
Suicídio	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1
Tuberculose (‰)	0,2	0,0	0,4	0,2	0,1	0,3	0,2	0,2	0,3
Tumores malignos	3,2	3,3	3,0	3,0	3,0	2,6	2,5	2,4	2,1

(Fonte: Pereira, 2017)

O SU da unidade hospitalar enquadra a sua atividade na política da ULSNA. Está classificada como SUB, integrada no 3º nível dos serviços de urgência - Relatório Reestruturação Urgências, 1996, e satisfaz todas as urgências da área Médico-Cirúrgica, que estejam no âmbito das especialidades básicas – Medicina, Cirurgia e Ortopedia. Este serviço faz parte de um hospital com serviços de medicina interna, cirurgia geral, ortopedia, anestesia e bloco operatório e está dotado de serviços de imagiologia e patologia clínica em laboração permanente.

De acordo com os censos 2011, esta cidade tem uma população de 23 078 habitantes, sendo que 5103 (22,11%) são pessoas com idade igual ou superior a 65 anos. Ainda que existam alguns concelhos que geograficamente não pertencem ao distrito de Portalegre e que não fazem parte da área de influência da ULSNA, as suas populações procuram os serviços de saúde disponíveis neste hospital, quer pela proximidade, quer por preferência pessoal. Se juntarmos a população dos concelhos limítrofes, o hospital tem uma população alvo cerca de 56 194 habitantes. Analisando a população com idade igual ou superior a 65 anos verifica-se que dos 56 194 habitantes, 13 683 se enquadram neste grupo etário o que significa 24,3% da população. (Pordata, 2015)

Conforme se verifica na tabela nº 7 em baixo, no SU a maioria dos utentes são triados com prioridade de pouco urgentes, mas ainda assim no ano de 2017 consegue-se verificar que foram triados 131 utentes emergentes e 3 153 utentes de cor laranja (muito

urgentes), e que o SU recebe mais afluência de doentes de todos os tipos de prioridades no turno da manhã, onde cerca de 25% da população é pouco urgente, o que já não deveria de acontecer nos SU, uma vez que a afluência maior destes utentes é no turno da manhã e da tarde, em que os cuidados primários estão disponíveis entre as 8:00 e as 20:00 para atendimento.

Tabela 7 - Total de Episódios de Urgência por período horário e cor de triagem no SU da Unidade Hospitalar da ULSNA

Período horário	0-8	8-16	16-24	TOTAL HSLE
Vermelho	21	63	47	131
Laranja	349	1 635	1 169	3 153
Amarelo	1 316	6 292	5 301	12 909
Verde	1 019	6 044	4 733	11 796
Azul	36	290	160	486
Branco	34	189	197	420
Não aplicável	3	37	14	54
n/d	3	64	31	98
Total Geral	2 781	14 614	11 652	29 047

(Font in: Adw, Alert®, 2017)

2 ANÁLISE DOS OBJETIVOS

A realização do projeto de estágio definiu um percurso que é necessário, para atingir os objetivos traçados inicialmente. Assim, propôs inicialmente atingir um objetivo geral e alguns objetivos específicos durante o estágio que vai explicar posteriormente.

Como objetivo geral destacou o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista: A Pessoa em Situação Crítica. Para atingir este objetivo, defino estratégias de ação e que se podem verificar no ponto mais á frente.

Como objetivos específicos, inicialmente propostos, o primeiro é referente à descrição dos locais de estágio, a escolha destes ocorreu consoantes características dos mesmos. Assim, escolheu a UCI para a realização do estágio, porque nunca teve oportunidade de realizar estágio, nem exercer funções neste serviço. A escolha deste local associa também o fato de receber utentes em situação crítica e de ser uma mais-valia no desenvolvimento das competências pretendidas.

Relativamente à escolha do SU, aqui são atendidos utentes emergentes, por vezes com necessidade de RCP, o que torna imprescindível a realização do estágio para a intervenção profissional major.

Sendo a descrição de indicadores de avaliação das respetivas atividades para desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista o terceiro objetivo do projeto, este irá ser desenvolvido no ponto seguinte.

Os objetivos que delineou vêm de encontro ao Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 que integra a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. A melhoria contínua da qualidade, ajustada à segurança dos doentes, carece da identificação de riscos, avaliá-los e hierarquizá-los de forma a desencadear intervenções de melhoria. A gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde, deve assentar nestes princípios fundamentais. (DGS, 2015b)

A formação e a prática simulada foram utilizadas com o objetivo de melhorar a qualidade das competências em SBV/DAE, e assim aumentar a segurança do doente crítico. Os profissionais devem realizar um treino frequente em RCP para que sejam mantidas as suas competências tão importantes na segurança do doente em situação crítica, uma vez que as competências em RCP se degradam 3 a 6 meses após o último momento formativo. (Greif et al., 2015)

A melhoria da qualidade no Sistema de Saúde é, assim, um imperativo moral, porque contribui para a melhoria da equidade e do acesso aos cuidados de saúde em tempo útil, da segurança e da adequação com que esses cuidados são prestados. (DGS, 2015a).

3 ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade. (Ordem dos Enfermeiros, 2015a)

As estratégias e as atividades que foram desenvolvidas ao longo do estágio final para atingir as competências de enfermeira especialista em médico-cirúrgica: A pessoa em situação crítica, direcionou também para aquisição das competências de mestre, estas que se podem verificar no Decreto-Lei n.º 63 (2016), artigo 15º do Diário da República, 1.ª série publicado a 13 de setembro de 2016, e que irão ser abordadas seguidamente com as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

Para a obtenção do grau de mestre, os cursos de mestrado têm que ser compostos por 3 a 4 semestres curriculares e como trabalho deve conter uma dissertação de natureza científica, um trabalho de projeto ou um relatório de estágio derivado de um estágio de natureza profissional com um mínimo de 30 créditos (Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 setembro, 2016)

A obtenção do grau é conseguida com a aprovação em todas as unidades curriculares e no ato público de defesa da dissertação, do trabalho de projeto ou do relatório de estágio. (Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 setembro, 2016).

Neste âmbito, irão ser referidas as atividades realizadas que contribuíram para o desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em médico-cirúrgica e em simultâneo as atividades exercidas para a obtenção de grau de mestre. As competências serão analisadas em simultâneo com as de mestre.

3.1 Competências Comuns

As competências comuns do Enfermeiro Especialista são divididos em 4 domínios principais. Os domínios são: a responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2010)

Irá ser descrito de que forma os conteúdos lecionados no estágio, contribuíram para o desenvolvimento destes quatro domínios. (Ordem dos Enfermeiros, 2010)

Segue-se a análise das competências que foram atingidas ao longo do estágio final:

Do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal:

A1- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção

Competência de mestre nº3 - Tem capacidade para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais.

Refere-se a uma competência visivelmente referenciada ao longo do desenvolvimento do curso e do estágio. Durante este período desenvolveu competências na área da atuação em emergência e tomada de decisão clínica e ética. Os locais de estágio como o serviço de urgência e o serviço de cuidados intensivos são serviços complexos e nos quais existe um alto risco de vida que depende de decisões que incluem diagnósticos e terapêuticas. Na prática, o enfermeiro especialista demonstra tomada de decisão ética em variadas situações, e suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas. No artigo 105.º do código deontológico dos enfermeiros, e relativamente ao direito à autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de:

“Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem, respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado,

Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem,

Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter” (Ordem dos Enfermeiros, 2015b, p.84)”

No decorrer do estágio prestou cuidados a utentes em situação crítica, alguns com necessidade de ventilação invasiva e sedação no qual foi possível desenvolver esta competência, porque houve a necessidade de refletir com o médico em situações de necessidade medicamentosa e de interagir com a família, onde eram colocadas questões e dúvidas sobre o utente.

Neste âmbito, o enfermeiro especialista ao desenvolver soluções, toma a iniciativa de conduzir os processos de tomada de decisão, faz a avaliação, e os resultados são avaliados e partilhados para promover o desenvolvimento da prática especializada.

Na prática simulada realizada no SU foram contemplados os procedimentos éticos e formais necessários ao desenvolvimento de um projeto de âmbito institucional, pelo que foram solicitados consentimentos aos seus participantes após autorização do conselho de administração. Assim, para a realização da intervenção profissional major, foi necessário realizar um pedido à comissão de ética do Hospital da ULSNA e à comissão de ética para a investigação científica nas áreas de Saúde Humana e Bem-estar da Universidade de Évora.

Foi necessário realizar a colheita de informações pessoais dos enfermeiros, cujo sigilo e anonimato foram preservados. Aqui foi desenvolvida a competência de mestre, uma vez que realizou a gestão do que é necessário como responsabilidades éticas para a intervenção profissional major.

Contribuiu também para o desenvolvimento desta competência, o trabalho de grupo desenvolvido ao longo do curso da unidade curricular de Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem, no 1º Semestre, com o tema de “*Transplante e Doação de Órgãos “Post mortem” Intervenções de Enfermagem*”, onde houve oportunidade de responder a várias questões e desenvolver competências no domínio da ética e deontologia.

A colheita e transplante de órgãos em dadores em paragem cardio-respiratória, é um tema novo em Portugal. Esta “nova técnica” justifica-se de acordo com o CNECV (2013) no plano da utilidade, uma vez que se assiste ao aumento da necessidade de órgãos para salvar ou melhorar a qualidade de vida.

É importante não esquecer que existem questões éticas relacionadas com a recolha de órgãos e que devem ser realizadas de acordo com as obrigações profissionais e os procedimentos padrão.

“Os órgãos humanos só podem ser colhidos do corpo de um indivíduo, vivo ou falecido. A manipulação de órgãos humanos e do corpo de dadores falecidos, bem como de dadores vivos, deve ser conduzida de uma forma que evidencie respeito pelos direitos fundamentais e pelo corpo humano”. (Órgãos,2013,p.28).

A transplantação de órgãos é uma técnica com sucesso que permite melhorar a qualidade de vida do recetor. Tendo em conta as técnicas modernas de preservação de órgãos e os avanços em imunossupressão, uma grande percentagem de utentes, pode esperar, e alcançar uma nova vida com elevada qualidade. (Órgãos, 2013).

No decorrer do estágio, baseou a prática, a tomada de decisão e o exercício profissional tendo em conta o código deontológico e estabeleceu diálogo com a equipa na UCI sobre questões éticas no que diz respeito à colheita de órgãos a utentes que permaneciam em morte cerebral.

A2- Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

No decorrer da intervenção profissional inserida no estágio final com o recurso á prática simulada SBV/DAE no SU, estiveram presentes as responsabilidades éticas, profissionais e legais no qual foi realizado um pedido de autorização ao Conselho de Administração da ULSNA, e ao conselho de ética da Universidade de Évora.

Relativamente aos direitos humanos, segundo o Ministério da Saúde os utentes internados num estabelecimento de saúde ou seguidos por este no domicílio, são pessoas com direitos e deveres. Não deverão ser consideradas apenas do ponto de vista da sua patologia, deficiência ou idade, mas com todo o respeito devido à dignidade humana. (Ministério da Saúde, 2015)

Para além da regulamentação aplicada pelos estabelecimentos de saúde, os profissionais de saúde devem zelar pelo respeito dos direitos do homem e do cidadão reconhecidos universalmente, e dos seguintes princípios gerais: não discriminação,

respeito da pessoa, da sua liberdade individual, da sua vida privada e da sua autonomia (Ministério da Saúde, 2015).

A prática profissional do enfermeiro deve ser baseada na promoção e proteção dos direitos humanos, assumir a defesa dos Direitos Humanos, tal como descrito no Código Deontológico, relevando os relativos à sua área de especialidade.

Com a realização da prática simulada na revalidação da competência em SBV/DAE pretende-se o treino e desenvolvimento de uma competência que na realidade se não for realizada corretamente pode comprometer a vida do utente. Assim, é importante que o enfermeiro especialista saiba gerir na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do utente.

A atuação de um profissional de saúde numa PCR implica rapidez, e certeza do que se esta a fazer. O enfermeiro especialista nestas situações tem que ter uma conduta preventiva, antecipatória, recolher e analisar informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões éticas e deontológicas, identificar as ações a serem tomadas em circunstâncias específicas e seguir incidentes de prática insegura para prevenir recorrência.

Durante o período de estágio promoveu o direito dos utentes e família ao acesso à informação, estabeleceu diálogo sempre que sustiram dúvidas sobre procedimentos e diagnósticos.

Do domínio da melhoria contínua da qualidade:

B1- Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

Competência de mestre nº 5- Participa de forma proactiva em equipas e projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais

Com a implementação da atividade profissional major durante o estágio final, desde a fase de diagnóstico da situação, até a fase da avaliação, permitiu desenvolver esta competência, uma vez que esta é uma atividade institucional na área da melhoria da qualidade.

Para a melhoria da qualidade, participou também em 2 projetos, na prevenção e controlo de infeção: “Higienização das Mãos no Serviço de Urgência” (Apêndice IV) e o outro no plano de emergência externo: “Atuação em situação de catástrofe” (Apêndice V), são também projetos de melhoria contínua. Estes foram realizados em contexto académico e futuramente irão ser implementados no SU.

A realização destes projetos dentro do SU foi um dos contributos para a realização da competência de mestre, tendo maior incidência no projeto maior referente à intervenção profissional realizada no SU e que irá ser explicada posteriormente.

“Cada serviço prestador de cuidados de saúde é, em si mesmo, um sistema muito complexo e instável, que requer uma forte e permanente capacidade de adaptação à multiplicidade de patologias, de atos e de percursos diagnósticos e terapêuticos (...) a gestão dos riscos associados aos cuidados obriga a uma abordagem global, coletiva, organizada e permanentemente acompanhada. A eficácia desta abordagem global assenta na implicação ativa de três grandes funções estreitamente ligadas entre si: a função de governação, a função de acompanhamento e a função operacional”.(DGS, 2015b)

As referidas funções dentro do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes têm como objetivo apoiar os gestores do Serviço Nacional de Saúde, uma vez que sendo a melhoria da segurança dos doentes uma responsabilidade da equipa, que mobiliza competências individuais de cada um dos seus elementos e implica a gestão sistémica de todas as atividades, a procura de metas com a aplicação de métodos melhora a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde. (DGS, 2015b)

Neste sentido, foi importante intervir com os projetos tendo em conta o Plano Nacional para a Segurança do Doente, uma vez que colaborou na realização de atividades na área da qualidade e em protocolos de qualidade.

B2- Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade

A implementação dos projetos: “Higienização das mãos no SU” e “Atuação em situação de catástrofe” permitiu detenção de conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da qualidade e com melhoria contínua para o serviço de urgência. Estes projetos promovem a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados.

Importante referir que a atividade profissional desenvolvida no estágio final foi também um dos contributos de melhoria contínua da qualidade, uma vez que a formação em SBV/DAE com o recurso à prática simulada permite a revalidação de competências em RCP que se não for treinada, vai-se degradando de 3 a 6 meses após o último momento formativo. (Greif et al., 2015)

A formação torna-se imprescindível dentro das instituições e de acordo com Dias (2004), a formação em serviço tem uma grande importância, uma vez que permite refletir sobre os cuidados que são prestados e pode ser um meio capaz de dar resposta às necessidades sentidas pelos profissionais, originando uma forma de atualização, alertando-os para a necessidade de manter um espírito aberto à inovação e apelando à criatividade e responsabilidade individual. Este autor defende que a evolução de qualquer profissão obriga a um aperfeiçoamento e atualização sistemática dos conhecimentos, com vista à valorização dos profissionais, à otimização dos recursos e à evolução qualitativa dos resultados.

Assim, é importante a existência de formação na enfermagem, onde há cada vez mais necessidade de formar profissionais cujos valores, atitudes e práticas levem a uma tomada de consciência, tornando-os autónomos, responsáveis e competentes, enquanto profissionais e cidadãos.

Na enfermagem o conceito de formação profissional e educação permanente são fundamentais para a qualidade dos cuidados prestados e esta necessidade encontra-se espelhada no artigo 109.º da lei 156/2015 (segunda alteração ao estatuto da ordem dos enfermeiros) que se refere à excelência do exercício, assumindo o enfermeiro o dever de:

- ✓ Analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude
- ✓ Procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa;
- ✓ Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas; (Ordem dos Enfermeiros, 2015b)

Deste modo, entreviei com o objetivo de desenvolver estratégias para atingir os objetivos propostos inicialmente, realizando um ciclo de melhoria contínua da qualidade aplicado à segurança dos doentes. Durante o estágio, identifiquei oportunidades de melhoria no serviço, na UCI, quando os colegas não realizavam corretamente a técnica asséptica para a realização de tratamento de feridas, e tive oportunidade de selecionar estratégias de melhoria nessa área, uma vez que é detetora de Pós- Graduação em tratamento de feridas.

Tive oportunidade de selecionar estratégias para a melhoria da qualidade no posicionamento de doentes, sendo esta uma área com necessidade de intervenção, uma vez que doentes ventilados permaneciam em decúbito dorsal durante as 24 horas. Entreviei de forma a eleger algumas estratégias e inseri protocolos para posicionamento de utentes, comprovando a sua reflexão com evidência científica.

B3- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro

Ao enfermeiro especialista cabe a função de manter um ambiente com segurança com vista a atingir ambientes seguros e terapêuticos, devendo para tal integrar procedimentos específicos de atuação. O enfermeiro especialista “Age considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, actua proativamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco”.(Ordem dos Enfermeiros, 2010)

Sendo os conceitos de qualidade e segurança importantes para a prestação de cuidados de saúde, é importante o enfermeiro especialista agir tendo em conta a diminuição do erro, mantendo um ambiente seguro e assim privilegiar a qualidade na saúde.

Definir qualidade em saúde é extremamente difícil, uma vez que abrange a complexa característica da prática profissional de enfermagem que se centra no cuidar, sendo difícil a compreensão e a avaliação da qualidade nesta área. (Bastos & Saraiva, 2011).

Sendo a qualidade em saúde importante e difícil de atingir, é imprescindível tentar diminuir o erro na saúde. Segundo Martins et al, (2012) quando ocorre um erro em saúde, este pode ter impacto positivo ou negativo conforme a causa multifatorial da sua origem que pode ser a organização do trabalho e dos serviços, os recursos humanos e materiais disponíveis, e as políticas estratégicas e operacionais das organizações de saúde.

Durante o estágio final de forma a diminuir o erro em saúde, e privilegiar a segurança adaptou medidas de proteção individual durante a prestação de cuidados e envolveu a equipa na gestão do risco, bem como incentivou a equipa à notificação no programa sempre que ocorreu algum procedimento que não está correto e que pode provocar dano no utente ou no profissional.

Os efeitos adversos nos hospitais, são a causa de morte de cerca de 10% a 20% dos utentes que estão hospitalizados, sendo a segurança cada vez mais valorizada, pertinente e atual para os profissionais. (Martins et al., 2012)

De forma a diminuir o erro, colaborou com a enfermeira supervisora na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros, tendo como linha da frente a qualidade de cuidados.

A qualidade dos cuidados prestados é outro elemento atual e objeto de enormes esforços das organizações de saúde, o que exige conhecimentos e competências dos profissionais de saúde que possibilitem a intervenção calma, oportuna, segura e com qualidade nas mais variadas situações, contribuindo para minimizar o erro. (Martins et al., 2012)

Para manter a qualidade e segurança na instituição, fez formação em simultâneo com a prática simulada em SBV/DAE, que estão intimamente ligados à qualidade e segurança do utente. Assim, os enfermeiros permanecem atualizados devido á formação teórica e prática e mobilizam esses conhecimentos para o contexto prático, em que realizam práticas baseadas em evidências científicas atuais. (Martins et al., 2012)

O enfermeiro ao estar atualizado nos conhecimentos com a realização de formação e treino consegue transmitir mais segurança e assim criar e manter um ambiente terapêutico mais seguro. Para que ocorra a atualização e consequente formação, existe no serviço um enfermeiro responsável pela formação, que anualmente faz o levantamento das necessidades de formação, elabora o plano de formação em serviço, facilitando a sua aplicação e desenvolvimento e elabora o relatório anual.

No artigo 109.º do código deontológico dos enfermeiros, o enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício assumindo o dever de:

- ✓ Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos, e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas.
- ✓ Assegurar, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

“A dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações, devendo, para isso, serem utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população”. (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

Neste sentido, entreviei com a enfermeira chefe no cálculo da dotação de enfermeiros e discuti o rácio apropriado do número de enfermeiros para o SU segundo o número de horas de cuidados por doente, as aptidões profissionais, a disposição da instituição, a desconcentração de serviços, bem como a formação e a investigação a realizar.

Ao longo do estágio final, foi possível desenvolver esta competência quando houve aumento de afluência de utentes ao SU, e fez o reforço da equipa de enfermagem junto com a enfermeira chefe. Foi possível colaborar com a enfermeira chefe no cálculo de enfermeiros necessários e fazer a gestão do SU de forma a garantir segurança e qualidade no SU.

É fundamental dispor de recursos de enfermagem adequados para que os enfermeiros possam orientar a sua prática de forma a prestar cuidados de qualidade que garantam a segurança e a satisfação dos clientes (Freitas & Parreira, 2013).

Do domínio da gestão de cuidados:

Realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.

C1- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional

No que respeita a esta competência foi desenvolvida ao longo do estágio, houve colaboração nas decisões da equipa multiprofissional, foram tomadas decisões que englobavam a prestação de cuidados melhorando o processo de cuidar. Foi possível reconhecer situações importantes de referenciar utentes para outros prestadores de cuidados, tais como especialidades e psicóloga.

Desenvolveu esta competência sempre que assumiu a função de responsável de turno, uma vez que no SU do local de estágio é utilizado o método individual de trabalho, no qual o enfermeiro é responsável pelo utente nesse turno e não existe continuidade de cuidados, existe em cada turno um enfermeiro responsável pelo que ocorre no serviço, no que diz respeito à enfermagem e que é definido pela enfermeira chefe quando realiza a distribuição dos elementos.

Este elemento tem a função de gerir os cuidados com a articulação da equipa em prol do utente. Conforme o artigo 109º, em que o enfermeiro procura a excelência assumindo o dever de “garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das atividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos”. (Ordem dos Enfermeiros, 2015b, p.86)

Na intervenção profissional major orientou os formandos de forma a revalidarem a competência em SBV/DAE, avaliou e supervisionou a equipa na prática simulada através da check-list, garantido a segurança e a qualidade.

C2- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados

Competência de mestre nº 1- Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada

Ao longo do estágio, introduziu inovações na prática especializada através de processos de modificação, uma vez que foram demonstrados novos conhecimentos baseados na prática científica. Foi possível agir e tomar decisões na prestação de cuidados e de forma a modificar os resultados em doentes. Segundo GRIMM (2010) “Os enfermeiros são líderes por natureza da sua profissão”.

Durante o estágio, colaborou em decisões com a equipa multidisciplinar e agiu de forma a alterar resultados em benefício dos utentes. Apesar de se encontrar no papel de estudante, entrevistou com o enfermeiro supervisor, com o enfermeiro responsável e realizou alguns turnos com o enfermeiro chefe de ambos os serviços de cada local de estágio, em que as funções exercidas foram a gestão do serviço, destacando-se as atividades que estão ligadas ao processamento de trocas entre os enfermeiros do serviço, os planos de trabalho semanais dos enfermeiros e dos assistentes operacionais, pedidos de consumos, pedidos de alimentação, entre outras atividades que a chefia realiza.

Foi possível orientar o trabalho e otimizar os recursos disponíveis, tendo em conta um ambiente complexo que é vivido tanto na urgência como nos cuidados intensivos. Todo este envolvimento da gestão foi importante de forma a salientar a realização da competência de mestre e permitir um ambiente de confiança e segurança, promovendo a qualidade dos cuidados ao sermos líderes e eficazes na supervisão dos cuidados de enfermagem.

“O Enfermeiro Gestor interpreta e desenvolve os processos de mudança através dos métodos e atitudes de gestão adequados (...) é responsável pelo desenvolvimento profissional dos membros da sua equipa e consequentemente, pelo desenvolvimento organizacional (...) reconhece o desenvolvimento profissional como um processo contínuo de aquisição e aprofundamento de competências para um desempenho excelente e, um elemento facilitador e estimulador da eficácia organizacional.” (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

Na realização da intervenção profissional major, foi possível adaptar, reconhecer e compreender os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa, uma vez que a prática simulada foi realizada individualmente. A formação foi importante para promover um ambiente positivo e favorável à prática, uma vez que contribuiu para aplicar estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado e adaptar o estilo de liderança à maturidade dos colaboradores e às contingências.

Com a realização da intervenção profissional major no SU e a supervisão dos assistentes operacionais durante a sua prestação de cuidados no SU e na UCI, foi adquirida a competência de mestre, uma vez que houve supervisão das intervenções de enfermagem numa situação de RCP e supervisão no cuidado ao utente.

Do domínio das aprendizagens profissionais:

D1- Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade

O desenvolvimento do auto-conhecimento verificou-se ao longo de todo o estágio com a realização de autoformação de forma a facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com o utente. Assim, sendo a UCI um serviço novo e estar dotada de equipamentos, os quais requerem treino e aprendizagem para o seu manuseamento, teve oportunidade de assistir a uma formação no serviço de UCI sobre o sistema de Volume View®, o qual era complexo, mas muito utilizado em contexto de UCI e sentiu necessidade de aprender sobre o sistema.

Para o desenvolvimento desta competência contribuiu o primeiro momento de avaliação onde realizou um artigo científico e houve necessidade de realizar uma revisão da literatura. Esta competência permite agora refletir acerca de todas as aprendizagens, onde foram adquiridos conhecimentos ao longo do estágio. Toda esta dinâmica teve influência no desenvolvimento como pessoa e como enfermeira especialista, e contribuiu para o reconhecimento e antecipação de situações de eventual conflitualidade, bem como para a utilização adequada de técnicas de resolução de conflitos.

Como formadora teve oportunidade durante a intervenção profissional de lecionar várias sessões de formação sobre SBV/DAE no SU e desenvolveu o projeto de intervenção de acordo com as fases e pesquisa científica.

Ao longo deste percurso académico, e no âmbito da disciplina de EMC4, foi proposto a realização do curso de SBV/DAE (Anexo II) e formação em SAV, onde foi realizada revalidação de competências que permitem futuramente agir de forma mais segura perante o doente crítico. A competência em SBV/DAE atribuída, conforme as guedlines de 2015, foi importante para a realização da formação no SU durante a intervenção profissional major que foi realizada.

Desta forma, para a realização da formação no SU foi necessário atualização da bibliografia e fundamentação nas novas guedlines baseadas no CPR, em SBV/DAE de 2015. É importante a atualização de conhecimentos para o desenvolvimento pessoal e profissional que nos permite hoje atuar eficazmente sob pressão, e antecipar situações de conflitualidade.

O SU exige que os enfermeiros estejam preparados para atuar e intervir de forma rápida e eficaz e que se torna mais fácil após desenvolvimento destas competências especializadas. Em resposta à emergência, muitas são as vezes que existem conflitos, porque cada profissional atua conforme os seus conhecimentos e formação.

A revalidação de competências constitui um papel fundamental para a organização e articulação de funcionalidade dos membros da equipa, de forma a diminuir os conflitos na equipa na hora de atuação em reanimação cardiopulmonar. Neste contexto, quanto mais prática existir, mais assertiva é a comunicação entre a equipa multiprofissional num ambiente de emergência.

Sendo a formação um contributo importante para a melhoria da assertividade, teve oportunidade de participar nas III Jornadas da Urgência, organizadas pelo Serviço de Urgência do Hospital Doutor José Maria Grande em Portalegre e apresentou um póster sobre o Sistema de Triagem de Manchester: “Eficácia na Prática de Enfermagem na Abordagem do Doente Crítico”, onde foi avaliado e obteve o 1ºprémio.

Durante este percurso académico, adquiriu também novos conhecimentos no V Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, nos dias 19 e 20 de Janeiro de 2018, com a duração total de 7 horas, em Évora, no Auditório do Colégio do Espírito Santo da Universidade de Évora (Anexo III) e a frequência no workshop da ECMO (Anexo IV). A presença no workshop foi importante neste percurso, uma vez que teve a visualização de uma realidade que era desconhecida, e obteve conhecimentos no resgate em oxigenação por membrana extra corpórea desde a origem ao centro de referência, uma prática especializada e sem dúvida com muitas vantagens no doente crítico.

D2- Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

Competência de mestre nº2- Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência

Competência de mestre nº6- Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular

A competência de especialista foi desenvolvida durante todo o semestre, uma vez que em todos os trabalhos necessitamos de utilizar fundamentação baseada na evidência. A título de exemplo, no 1º semestre no âmbito da unidade curricular EMC3, foi solicitada a realização de um trabalho final, que consistia na realização de um póster científico. (Apêndice VI).

Para a realização do referido trabalho, foi escolhido como tema: “Sistema de Triagem de Manchester- Eficácia na Prática de Enfermagem na Abordagem do Doente Crítico” e que tinha como objetivos apresentar resultados sobre eficácia do Sistema de Triagem de Manchester no contributo para a prática de enfermagem na abordagem ao doente crítico, e relacionar a intervenção do enfermeiro especialista com prioridade atribuída após aplicação Sistema de Triagem de Manchester. Assim, foi realizada uma revisão da literatura para a pesquisa no motor de busca Ebscohost, nas bases de dados: MEDLINE e CINAHL Plus, e recorreu-se ao site da Direção Geral de Saúde e site do

Grupo Português de Triagem para completar a questão inicial. No final foram apenas analisados 4 estudos recentes, utilizando os critérios de exclusão e conseguiu-se concluir que o sistema de triagem de manchester é eficaz para priorizar os doentes de acordo com o nível de gravidade.

Segundo (Guedes, Martins, & Chianca, 2015) , (Gräff et al., 2014) o STM mostrou ser um bom preditor para a gravidade clínica, uma vez que: houve correspondência da classificação de risco com a gravidade; os doentes com alta prioridade clínica ficam internados, e o tempo de internamento é maior; os doentes com alta prioridade são os que têm mais percentagem de óbito.

A elaboração do póster foi elemento de avaliação curricular e posteriormente foi elemento de concurso nas III Jornadas do Serviço de Urgência do Hospital Doutor José Maria Grande nos dias 23 e 24 de Novembro onde houve a participação (Anexo V) e que decorreram no Auditório Dr. Francisco Tomatas da Escola Superior de Tecnologia e Gestão em Portalegre e onde foi obtido o 1º lugar após avaliação da comissão científica (Anexo VI).

Ao longo do estágio final, foi proposta a realização de um artigo científico (Apêndice VII) com o título: “A presença da família na reanimação cardiopulmonar” como elemento de avaliação, e no qual houve necessidade de adquirir novos conhecimentos baseados na evidência científica. Assim, foi realizada uma intensa pesquisa e revisão da literatura recorrendo à utilização de fontes de dados que incluíam estudos publicados e indexados à plataforma eletrónica EBSCO.

A realização do referido artigo contribuiu para a aquisição da competência de mestre 2, em que houve iniciativa e contribuição da investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência e despertou lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação de um tema bastante interessante que é a presença de familiares em reanimação.

Tendo decorrido o estágio na UCI e SU, e perante doentes em situação crítica atuou como gestor e dinamizador de novos conhecimentos no contexto da prática cuidativa, obtendo ganhos em saúde na RCP.

Na unidade curricular de investigação do mestrado foi realizado também um artigo científico onde fez uma pesquisa e uma revisão da literatura. O artigo foi interpretado e publicado na revista Riase. Assim, contribui para o novo conhecimento e desenvolvimento da prática clínica especializada.

Para a realização da intervenção profissional major foi importante a atualização e pesquisa das novas guedlines em SBV/DAE de modo a realizar formação e prática simulada baseada em conhecimentos atualizados e evidenciados cientificamente. Adquiriu a competência de mestre, onde houve a realização da análise diagnóstica, planeamento, intervenção com formação em RCP baseada em guedlines atualizadas e a avaliação dos enfermeiros recorrendo á prática simulada após a formação.

A atualização de conhecimentos em RCP é importante, uma vez que Segundo Greif et al (2015), as competências em RCP degradam-se em 3 a 6 meses após o último momento formativo, razão pela qual os autores defendem que os enfermeiros devem realizar um treino frequente, para manter as suas competências, tão determinantes na segurança da pessoa em situação crítica.

Visto ser importante a atualização de competências, frequentou o curso de SBV/DAE e SAV ao longo do percurso académico. Segundo o CPR, o SBV consiste na primeira intervenção que é realizada numa vítima que esteja em paragem cardíaca, e é contituído por 2 ações principais: as compressões torácicas e as ventilações.(Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar CERPC, 2015).

Por outro lado, o curso SAV apresenta uma abordagem padonizada da reanimação cardiopulmonar de adultos. O curso dirige-se a médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde de quem se espera a execução de SAV intra ou extra- hospitalar. O treino conjunto permite que todos os operacionais de SAV tenham a oportunidade de ganhar experiência tanto como membros da equipa de reanimação como de líderes da mesma. (European Ressuscitation Council, 2015)

Um enfermeiro ao estar inserido numa equipa de urgência, enquanto futuro enfermeiro especialista e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, deve continuar a atualização e revalidação desta competência. Perante a realização desta intervenção

ficou mais alerta para a identificação de potenciais lacunas de atualização que existam e da importância da prática simulada de modo a transformá-las em oportunidades relevantes de revalidação.

Todos os processos de formação foram impulso para adquirir novos conhecimentos de enfermagem que são contributo importante para a prática especializada na construção e implementação de formação e alargamento na prática clínica especializada. Assim, torna-se possível que o enfermeiro rentabilize as oportunidades de aprendizagem e tome iniciativa na análise de situações clínicas, usando as tecnologias de informação e os métodos de pesquisa adequados para atualizar os conhecimentos.

Por último, para o desenvolvimento da aprendizagem, foi gratificante a realização de 4 turnos de estágio na VMER de Portalegre e a observação no bloco operatório de 2 cirurgias cardíacas no Hospital da Extremadura, adquiriu contributos para o crescimento pessoal e profissional.

3.2 Competências Específicas

O preâmbulo do regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica diz-nos que, a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. (OE, 2010b, p. 1)

Os cuidados de enfermagem prestados à pessoa nesta situação são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total terapêutica. (OE, 2010b, p. 1)

Uma das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica é:

Competência específica K1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

Competência de mestre nº4 - Realiza desenvolvimento autónomo e conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida

Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística (OE, 2010b, p. 3).

Para o desenvolvimento das referidas competências, contribuiu a realização do estágio final num SU e numa UCI, este último local o qual nunca realizou estágio, nem exerceu atividade profissional, o que facultou momentos de aprendizagem. Assim, além do estudo em casa, houve a necessidade de junto do enfermeiro supervisor do serviço demonstrar aprendizagens sobre equipamentos como ventiladores, monitores, equipamento de hemodiálise, equipamentos importantes em doente crítico e que requerem um processo de aprendizagem para o seu funcionamento.

O serviço de UCI propiciou desenvolvimento profissional, ao estarem internados utentes com perfusão de sedativos, amins, e analgésicos e/sob suporte ventilatório invasivo ou não invasivo originados de processos de doença crítica/e ou falência orgânica sendo importante para o desenvolvimento da competência de especialista.

Nestes utentes, identificou focos de instabilidade e respondeu de forma pronta e antecipatória. Para dar resposta á instabilidade, foi necessário por vezes atuar de forma rápida e eficaz, executando técnicas de alta complexidade. Neste sentido houve necessidade de o enfermeiro especialista em médico-cirurgica demonstrar competências ao intervir com respostas de enfermagem apropriadas às complicações.

A manutenção do tubo orotraqueal, e o desmame do ventilador foi um procedimento na UCI de grande aprendizagem, em que houve a necessidade de empenho para ganhar segurança e qualidade. Aprendeu como é realizada a passagem do doente com ventilação invasiva para suporte de oxigénio não invasivo e de todos os procedimentos realizados durante o tempo de desmame.

Na UCI, alguns dos cuidados técnicos de alta complexidade tiveram contributo para o empenho na aprendizagem. Assim, a técnica com cateter shaun Ganz, o sistema de Volume View a colocação de linha arterial, e o sistema de medição de PIC são alguns exemplos que exigiu empenho, algumas horas de estudo e dedicação para saber responder a focos de instabilidade se fosse necessário atuar.

Em muitos momentos, durante o estágio deparou-se com a instabilidade do utente e teve oportunidade de utilizar de forma adequada as atitudes e habilidades na relação terapêutica, de forma a minimizar as complicações.

Um dos exemplos importantes que teve em conta, foi o controlo da dor, seguiu sempre protocolos estipulados no serviço e esquemas terapêuticos de forma a evitar o sofrimento. Um sinal de dor pode causar instabilidade, e por vezes teve que reforçar a analgesia e sedação ao utente.

Para o desenvolvimento de competências e aprendizagens teve o acompanhamento de um enfermeiro perito ao longo do estágio na UCI e de uma enfermeira especialista ao longo do percurso na intervenção profissional no SU, sendo realizado um desenvolvimento autónomo e de conhecimentos, aptidões e competências para a prática profissional.

Estes enfermeiros salientaram a importância das famílias no acompanhamento ao doente crítico e teve oportunidade de assistir a famílias de utentes na hora da visita, em que o diálogo contribuiu na diminuição da ansiedade, não só da família, como também do utente. Este foi também um momento importante para explicar à família as alterações terapêuticas, bem como todas as dúvidas suscitadas que surgiam.

Saber gerir a comunicação é importante no processo complexo da doença para a família e para o utente, uma vez que o direito à informação assiste todos os doentes/família e o enfermeiro tem o dever de informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem. (Dec. Lei n.º 156, 2015)

Sendo a comunicação uma ponte entre o enfermeiro e a família do utente, realizou a gestão da ansiedade e do medo dos familiares, explicando que tudo é realizado com o

propósito da estabilização do utente. A gestão de má notícias foi também realizada no âmbito do diálogo com familiares utilizando uma comunicação adaptada á complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica ou falência orgânica.

Como foi proposto inicialmente, dentro da mesma unidade hospitalar onde está inserida a UCI, houve a oportunidade de realizar um estágio de observação de 2 turnos na unidade cardiorácica e 2 turnos no bloco operatório. No bloco operatório assistiu a duas cirurgias cardíacas, desde a preparação do utente até ao seu acompanhamento á sala. A experiência de assistir á circulação extracorpórea foi gratificante e de grande aprendizagem, consegue-se entender que todo o utente após uma cirurgia cardíaca é considerado um doente crítico e requer vigilância e cuidados especializados. Todos os utentes pós-operatórios ficam internados na unidade de cardiorácica, onde são prestados cuidados especializados ao doente crítico.

Todas estas aprendizagens e formações contribuem para a competência de mestre na realização do desenvolvimento autónomo na aquisição de competências e aptidões, onde existiu um investimento significativo na formação. A aquisição de novos conhecimentos permitiu estar alerta para os focos de instabilidade dos utentes onde foram prestados cuidados.

Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença, implica que o enfermeiro especialista em enfermagem na pessoa em situação crítica, represente os cuidados tendo em conta os padrões de qualidade dos cuidados em enfermagem quer ao nível dos resultados mínimos aceitáveis, quer ao nível dos melhores resultados que é aceitável esperar. São eles: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e auto cuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados e prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2011b)

Competência específica K2- Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação

“Intervém na conceção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe e multi-vítima. Antecipar a complexidade decorrente da existência de múltiplas vítimas em simultâneo em situação crítica e ou risco de falência

orgânica, gere equipas, de forma sistematizada, no sentido de eficácia e eficiência da resposta pronta” (Ordem dos enfermeiros, 2010).

A realização de um desenho de um plano de formação em serviço sobre plano de Prontidão Hospitalar/Situação de Catástrofe no SU, dirigido à equipa multidisciplinar contribuiu para a aquisição desta competência. Este plano de formação pressupôs antecipadamente o levantamento dos planos existentes e a concordância da direção do serviço.

A equipa multidisciplinar tem que ter conhecimentos técnicos e científicos atualizados nesta área para poder atuar eficazmente, atendendo um maior número de vítimas possíveis com os melhores recursos possíveis. A realização deste Projeto de intervenção foi importante uma vez que sistematiza as ações a desenvolver numa situação de catástrofe, incluem níveis de prontidão de resposta, funções dos principais intervenientes no desencadeamento dos alertas, normas de funcionamento do serviço de urgência em alerta, triagem em situação catástrofe, Kit catástrofe, folha de triagem, encaminhamento interno de doentes, análise de supostas situações de catástrofe e realização de um simulacro.

Por último, a terceira competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica é a:

Competência específica K3 - Maximiza a intervenção na prevenção e controle de infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

“o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção e controlo de infeção” (Ordem dos enfermeiros, 2010).

Esta é uma das competências que foi desenvolvida ao longo de todo o estágio, uma vez que utentes internados em UCI ou no SO estão muitas vezes colonizados e exigindo isolamento devido a IACS.

A infeção associada aos cuidados de saúde é uma infeção adquirida pelos utentes e profissionais que resulta dos cuidados e procedimentos de saúde durante o exercício profissional, onde quer que estes sejam prestados, independentemente do nível dos cuidados (agudos, reabilitação, ambulatório, domiciliários). (Direcção-Geral da Saúde, 2007).

Esta é uma temática diretamente relacionada com a segurança do doente, que tem vindo a ser trabalhada nos últimos anos, no entanto, atualmente existe ainda uma elevada taxa de incidência de IACS nas instituições. É importante a intervenção dos enfermeiros especialistas para reduzir valores de taxas de IACS, e foi este o papel assumido quando foi realizado o plano de prevenção e controlo de Infeção: “Higienização das mãos no serviço de urgência”.

Para a realização do referido plano, demonstrou conhecimento do Plano Nacional de Controlo de Infeção e das diretivas das Comissões de Controlo de Infeção e foram diagnosticadas necessidades no serviço na área da prevenção e controlo de infeção e realizadas as devidas intervenções.

Na UCI, durante o estágio final foi possível verificar que existem duas grandes lacunas a desenvolver, que são a prevenção de infeção associada aos cuidados de saúde e a higiene das mãos, tal como em Portugal. (SES, 2016)

Tendo em conta as lacunas detetadas, durante o estágio na UCI, foi possível verificar de que forma são prestados cuidados a utentes colonizados com microorganismos multiresistentes que estão em isolamentos e constatar que nem sempre os isolamentos são respeitados devidamente. Assim, de forma a prevenir a infeção, adequou a prática do cumprimento das normas em vigor do controlo de infeção e deu a conhecê-las à equipa e estabeleceu os procedimentos necessários perante as mediadas de isolamento e vias de transmissão que são necessários.

De forma a prevenir a pneumonia em utentes que estão ventilados, realizou aspiração endotraqueal 3 vezes ao dia com técnica asséptica, mobilizou o tubo endotraqueal diariamente e realizou a higienização oral.

Relativamente à lacuna da higienização das mãos, o projeto implementado no serviço de urgência veio demonstrar que a técnica não é efetuada de acordo com a norma da DGS, nem na sua técnica, nem nos momentos preconizados para a sua execução, e houve assim a necessidade de estabelecer estratégias e definir objetivos que se pretendem atingir.

O plano consta em dar a conhecer o objetivo da Campanha Nacional da higiene das mãos, que consiste “em promover a prática da higiene das mãos de forma padronizada, abrangente e sustentada, contribuindo para a diminuição das IACS e para o controlo das resistências dos microrganismos aos antimicrobianos, através do aumento da adesão dos profissionais de saúde à higiene das mãos”. (Noriega Elena, 2014,p.5).

Este planeamento de projeto está realizado com o objetivo de ser implementado no SU e tem como objetivo sensibilizar os enfermeiros e assistentes operacionais do SU para a execução da correta higienização das mãos.

Ainda dentro das IACS, é importante referir que atualmente, encontra-se em vigor o plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020, criado pelo despacho n.º 1400A/ 2015, de 10 de fevereiro de 2015, que é coordenado pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção Geral da Saúde. Este constitui-se como um instrumento de apoio a gestores e clínicos na aplicação de boas práticas de segurança. Visa atingir o objetivo estratégico: Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos. Tem como metas para o final de 2020:

1. Atingir uma taxa de prevalência de infeção hospitalar de 8%;
2. Reduzir em 50% face a 2014, o consumo de antimicrobianos;
3. Atingir uma taxa de MRSA de 20%;
4. Reduzir em 50% face a 2014, o consumo de carbapenemes. (DGS, 2015c)

Para ajudar no cumprimento dos objetivos pretendidos, fez cumprir os procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo de infeção, bem como monitorizar, registar e avaliar medidas de prevenção e controlo implementadas. Foi

importante a supervisão às assistentes operacionais na higienização dos espaços e dos equipamentos, alertando para situações que por vezes não eram cumpridas devidamente.

Deste modo, foi importante saber as conclusões do último relatório da auditoria às precauções básicas de controlo de infeção 2014-2015, no que respeita à análise evolutiva da adesão à higiene das mãos do serviço de urgência em questão e programar estratégias de melhoramento. Perante conclusões verificou-se que a segurança do doente tem-se assumido como componente chave da qualidade dos cuidados, tanto para os doentes, que se desejam sentir seguros, como para os profissionais, que pretendem prestar cuidados seguros, eficientes e efetivos. (PPCIRA, 2016).

Todo este percurso durante o estágio foi importante na prevenção da infeção, mas as instituições necessitam de mais intervenção neste campo.

A melhoria da cultura de segurança do ambiente interno das instituições prestadoras de cuidados de saúde é um imperativo e uma prioridade consignada na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. A Organização Mundial de Saúde e o Conselho da União Europeia recomendam aos Estados-Membros a avaliação da perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança da instituição onde trabalham, como condição essencial para a introdução de mudanças nos seus comportamentos e para o alcance de melhores níveis de segurança e de qualidade nos cuidados que prestam aos doentes. (DGS, 2015c)

Durante o período de estágio no serviço de urgência foi importante rever os procedimentos de qualidade da instituição, elaborados tendo por base as normas da DGS e que contribuíram para o desenvolvimento da competência.

Torna-se imprescindível que o enfermeiro especialista saiba liderar e intervir em procedimentos de controlo de infeção de acordo com as normas de prevenção designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à Pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

Competência de mestre nº 7 - Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade

Por último, ao serem desenvolvidas todas as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na área de médico-cirúrgica, ficou evidenciada a aquisição da competência 7 de mestre.

4 INTERVENÇÃO PROFISSIONAL MAJOR

4.1 Fundamentação

Após ter realizado uma breve reflexão sobre o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista e mestre, é pertinente salientar a competência específica do enfermeiro especialista em médico-cirúrgica a **K1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica**, uma vez que é nesta competência que se insere a atividade profissional major do estágio final, a “Revalidação de competências em SBV/DAE como determinante do doente crítico”.

A RCP ocorre em utentes críticos e que antes de entrarem em PCR vive um processo de falência orgânica. É importante para quem presênciava a PCR intervir de forma rápida com base em procedimentos específicos que se enquadram na cadeia de sobrevivência. A cadeia de sobrevivência interliga os diferentes elos, que se assumem como vitais, para o sucesso da reanimação: ligar 112, reanimar, desfibrilhar e estabilizar.

Todos os procedimentos preconizados, quando devidamente executados, permitem diminuir substancialmente os índices de morbilidade e mortalidade associados à PCR e aumentar, de forma significativa a probabilidade de sobrevivência da vítima. (INEM, 2017).

A PCR é a condição mais fatal que requer compressões torácicas imediatas e efetivas. As possibilidades de sobrevivência dependem da ressuscitação cardiopulmonar precoce e efetiva e como a maior parte das paragens cardíacas hospitalares é testemunhada por enfermeiros, é necessário que estes possuam conhecimento em SBV e que seja mantido para permitir a ressuscitação cardiopulmonar segura. (KARIM, 2016).

Pode-se afirmar que a PCR “é um acontecimento súbito, constituindo-se como uma das principais causas de morte na Europa e nos Estados Unidos da América. Afeta entre 55-113 pessoas /100,000 habitantes, estimando-se entre

350,000-700,000 indivíduos afetados por ano, só na Europa. A análise efetuada aos equipamentos de DAE utilizados logo após uma paragem cardíaca, indica uma elevada percentagem (76%) de vítimas com um incidente arritmico particular: Fibrilhação Ventricular”.(INEM, 2017)

Está comprovado que existem taxas de sobrevivência de 50% a 70%, se a desfibrilhação precoce ocorrer 3 a 5 min logo após o colapso da vítima (INEM, 2017).

É importante que os enfermeiros que estejam a prestar cuidados no SU estejam atualizados e apesar do intervalo ser de cinco anos entre as atualizações, Segundo Greif et al. (2015) e perkins et al (2015) as aptidões em RCP vão-se degradando três a seis meses após ter ocorrido a última formação, por isso estes autores defendem que os profissionais devem treinar frequentemente para manter as suas competências atualizadas tão importantes e decisivas para a segurança do doente em situação crítica.

Segundo a Direção-Geral da Saúde a OCDE refere que as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte nos estados membros da União Europeia, representando cerca de 36% das mortes na região em 2010. Elas abrangem um leque alargado de doenças relacionadas com o sistema circulatório, incluindo a Doença Isquémica Cardíaca e as Doenças Cérebro Vascular. Para efeitos de análise foram consideradas duas componentes essenciais:

- Doença isquémica cardíaca, individualizando neste contexto o Enfarte Agudo do Miocárdio;
- Doença cerebrovascular, individualizando o Acidente Vascular Cerebral Isquémico e Hemorrágico.

A análise das taxas de mortalidade padronizada, só das doenças do aparelho circulatório, demonstra também uma tendência de diminuição. No período de cinco anos em análise verificou-se uma redução global de 4,1% da mortalidade global por Doenças do Aparelho Circulatório.

Por outro lado, verificou-se que nos últimos cinco anos manteve-se inalterada a mortalidade por doença Isquémica Cardíaca, com um agravamento da mortalidade prematura, abaixo dos 70 anos. Este resultado, em clara dissonância com os restantes indicadores, deverá constituir um sinal de alerta e reforçar a necessidade de manter esta

patologia dentro das prioridades de atuação dos diferentes intervenientes assistenciais. Grande parte das situações corresponde à designada “Morte Súbita”. No Enfarte Agudo do Miocárdio os ganhos de redução da mortalidade, 6,3%, são obtidos exclusivamente nos indivíduos acima dos 70 anos. (DGS, 2017)

Sendo Portugal um país com baixa natalidade, uma população envelhecida, portadora de patologia crónica múltipla e segundo o plano nacional de saúde pretende-se como meta a atingir em 2020, reduzir a mortalidade prematura (≤ 70 anos), para um valor inferior a 20%. A taxa de mortalidade prematura (%) antes dos 70 anos de idade foi em 2012 de 22,8%, a projeção deste indicador para 2020 é de uma taxa previsível entre 20,5 e 22,0 %. “Esta revisão do Plano Nacional de Saúde assume o compromisso pela redução progressiva da mortalidade prematura, que deverá ficar em linha com o compromisso assumido para 2020, abaixo dos 20%”. (DGS, 2015a)

Segundo a DGS (2015) a meta a atingir em 2020 alinha-se ao acordo nacional na resolução da OMS-Euro de 2012 (RC62-01) de redução em 25% a mortalidade referente a doenças não transmissíveis (atribuível às doenças cardiovasculares, cancro, diabetes e doenças respiratórias crónicas).

Perante esta problemática que se vive e tendo como linha de investigação a segurança do doente e após análise do plano nacional para a segurança do doente 2015-2020, foi efetuada uma reflexão pessoal sobre esta temática no serviço de urgência. Após análise detalhada deste plano, o objetivo estratégico n.º 1 que se refere a aumentar a cultura de segurança do ambiente interno identificou-se com a problemática que se vive dia a dia no SU no que diz respeito à emergência.

Após reflexão, foi realizada uma reunião com a enfermeira chefe e enfermeira supervisora do estágio e que concordaram com a importância do tema a desenvolver, uma vez que “A melhoria da cultura de segurança do ambiente interno das instituições prestadoras de cuidados de saúde é um imperativo e uma prioridade consignada na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde” (DGS, 2015b)

Após a validação do tema, surge a questão:

Será que a prática simulada é importante para o desempenho dos enfermeiros em SBV/DAE como determinante na segurança do doente crítico?

A morte cardíaca súbita é uma das principais causas de morte no mundo de hoje. Durante os minutos que passam do início da paragem cardíaca à chegada da ajuda profissional, a vítima de paragem cardíaca só pode depender da ressuscitação cardiopulmonar. (Frković, Šustić, Zeidler, Protić, & Deša, 2008)

No que é referente à prática e intervenção dos enfermeiros, a sua qualificação profissional é de extrema importância para o desempenho adequado das suas funções. Neste sentido, não só as organizações de saúde, mas também os próprios profissionais devem responsabilizar-se pela avaliação das suas necessidades formativas, operando uma revisão regular das suas práticas, assumindo a responsabilidade pela sua aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção das suas competências, enquanto estratégia de melhoria da qualidade dos cuidados a prestar às populações. Assim, a formação contínua surge como uma componente importante do desenvolvimento profissional do enfermeiro, contribuindo para a sua valorização profissional e melhoria da qualidade dos cuidados. (Martins, Mazzo, Mendes, & Rodrigues, 2014)

Após alguns estudos, foi possível verificar que muitas das PCR ocorrem nos hospitais após 24 h de internamento, e sendo o SU composto por 4 camas de SO, é o local onde ficam internados utentes instáveis, e onde podem ocorrer mais PCRs. Foram registadas cerca de 20.000 PCRs por ano nos hospitais ingleses durante as primeiras 24h após serem admitidos. (Sponsor & Funder, 2016)

Estando os enfermeiros num serviço de urgência a prestar cuidados, e composto por um serviço de SO, são estes que mais estão propícios a ter que realizar manobras de reanimação cardiopulmonar a doentes admitidos. (Robinson et al., 2016)

Baseado nas evidências científicas que são produzidas nos anos anteriores o ILCOR altera de 5 em 5 anos as guidelines de RCP vigentes, provocando a atualização periódica dos profissionais, designadamente dos enfermeiros, com o objetivo de melhorar as condições de segurança dos doentes. (Hazinski et al., 2015)

Para que seja realizada uma RCP com qualidade é importante treino e esforço dos enfermeiros, manobras adequadas e de elevada qualidade são suficientes para garantir uma grande probabilidade de sobrevivência dos utentes. (Bonacaro, Williams, & Brownie, 2014)

4.2 Enquadramento Concetual e Teórico

No enquadramento teórico descreve o tema da investigação que se pretende trabalhar, resulta de trabalhar uma ideia para orientar a investigação, essa ideia pode resultar de uma inquietação pessoal em relação a um domínio particular, de um conceito ou de uma observação da literatura. (Fortin, 2009)

Deve-se saber resumir o conteúdo do enquadramento, uma vez que para Fortin (2009, p.38) conceptualizar “refere-se a um processo, a uma forma ordenada de formular ideias, de documentá-las em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma concepção clara e organizada do objeto de estudo”.

Assim, para a realização da intervenção major torna-se imprescindível o envolvimento da teórica Merle Mishel, o conceito de segurança do doente crítico e de suporte básico de vida e desfibrilhação automática externa.

4.2.1 Teoria da Incerteza- Merle Mishel

Perante a problemática que foi encontrada e sabendo que a PCR se torna numa incerteza no que diz respeito á sobrevivência, esta pode ser interpretada pelos enfermeiros como ameaça (morte) ou oportunidade (sobrevivência), são desenvolvidos mecanismos para enfrentar e restabelecer um sentimento de normalidade. Os enfermeiros podem ver a incerteza numa PCR como uma oportunidade ou desenvolverem emoção focada em estratégias de enfrentamento como a negação, arriscar ou ignorar seletivamente as informações como forma de lidar com a incerteza. Toda esta interação vem de encontro á teoria da incerteza de Merle Mishel.

Merle H. Mishel nasceu em Boston, Massachusetts, Estados Unidos da América. Construiu sua carreira como Bacharel em Enfermagem pela Universidade de Boston em 1961, mestre em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade da Califórnia em 1966, e

mestre e doutora em Psicologia Social pela Claremont Graduate School em 1976 e 1980. Foi docente do departamento de enfermagem na Universidade em Los Angeles. Foi enfermeira terapeuta em serviços comunitários. Foi docente do departamento de enfermagem na Universidade em Los Angeles. Foi enfermeira terapeuta em serviços comunitários. Em 1981 regressa ao Colégio de Enfermagem da Universidade Arizona como professora associada e, em 1988, foi promovida a professora nessa mesma escola. Realizou vários trabalhos de investigação que sustentaram o desenvolvimento da estrutura teórica na incerteza na doença, dos quais recebeu vários prémios. Foi membro de inúmeras organizações profissionais (Tomey & Alligood, 2004)(Smith & Liehr, 2014).

A sua tese de investigação deu início ao desenvolvimento e a avaliação da escala da ambiguidade vivenciada durante a doença, que ficou posteriormente conhecida como a Escala de Mishel da Incerteza na Doença (MUIS). A teoria foi publicada pela primeira vez em 1988 e coincidiu com o período em que testemunhou o cancro de cólon que acometeu seu pai. (Tomey & Alligood, 2004)(Smith & Liehr, 2014)

A Teoria da Incerteza de Merle Mishel deriva da sua tese de investigação com doentes internados com o objetivo de produzir os primeiros conceitos ligados à incerteza no contexto da doença. Mishel ao longo de seu trabalho desenvolveu uma escala a “Perceived Ambiguity in Illness Scale”, mais tarde renomeada “Mishel Uncertainty in Illness Scale”, que avalia o grau de incerteza na doença. A escala original foi usada como base para três escalas posteriores: uma versão comunitária para indivíduos com doenças crónicas, não hospitalizados; uma versão para avaliar a incerteza dos pais em relação a doença do filho; incerteza dos familiares de um doente (Tomey & Alligood, 2004)

Para a reconceptualização da sua teoria em 1990, Mishel através de pesquisadores, estudos qualitativos com utentes crónicos que apresentavam novos objetivos de vida e limitações acerca da teoria e sua aplicabilidade reconceitualizou a sua teoria, utilizou como fonte teórica a Teoria do Caos, que adaptada a situação de doença, remete para a existência um sistema aberto de interação da pessoa/meio que provoca desequilíbrio da pessoa. Este desequilíbrio gera incerteza contínua para descobrir um novo sentido para a doença. Ajuda a explicar como a incerteza prolongada poderia funcionar como

“catalisador” para mudar a perspectiva de uma pessoa sobre a sua vida e doença. (Tomey & Alligood, 2004).

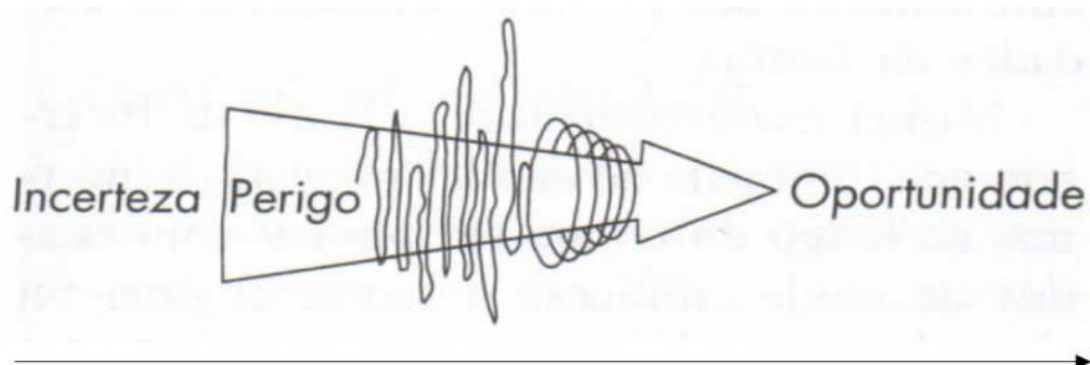


Figura 2 - Modelo reconceptualizado da incerteza da doença (Font in: Tomey & Alligood, 2004
Imagem: Souza, 2017)

A teoria incluiu idéias de desorganização e reformulação de uma nova estabilidade para explicar como uma pessoa com incerteza persistente emerge com uma nova visão da vida. Com base na teoria do caos, a incerteza é visto como uma força que se espalha da doença para outras áreas da vida de uma pessoa e compete com o modo anterior da pessoa de funcionamento. À medida que as áreas de vida incertas aumentam, a interrupção do padrão ocorre e a incerteza alimenta-se de si mesmo e gera mais incerteza. (Smith & Liehr, 2014)

4.2.2 A teoria na incerteza da doença

A teoria da incerteza é organizada num modelo em três temas: antecedentes da incerteza, processo de apreciação da incerteza, lidar com a incerteza. Relativamente ao primeiro tema, os antecedentes da incerteza estes incluem um quadro de estímulos, capacidades cognitivas e os fornecedores de estrutura. Estas variáveis estão inversamente proporcionais à incerteza. (Tomey & Alligood, 2004)

Em relação **à apreciação da incerteza**, envolve dois processos a inferência e a ilusão e é visualizada como um estado neutro, nem negativo, nem positivo. A inferência refere-se ao estado, disposição e a capacidade que a pessoa tem para lidar com os acontecimentos da vida. A ilusão é uma crença que é construída tendo por base a incerteza e pode originar perigo, quando é previsto um resultado negativo, através do uso da ilusão, quando a apreciação individual é positiva. (Tomey & Alligood, 2004)

Por último, o **lidar com a incerteza** tem por resultado final a adaptação utilizando os mecanismos de coping. Se a incerteza for encarada como perigo, “...o coping inclui ação direta, vigilância, procura de informação a partir de estratégias e mobilização, gestão de afetos, recorrendo à fé, separação e apoio cognitivo. Se a incerteza foi vista como oportunidade, o coping oferece uma memória intermédia para manter a incerteza”. (Tomey & Alligood, 2004)

O esquema seguidamente apresentado, relaciona os conceitos descritos com a teoria, sendo a incerteza o foco de atenção. Evidência os três temas, em redor do qual a teoria da incerteza se constrói e mostra a relação entre eles.

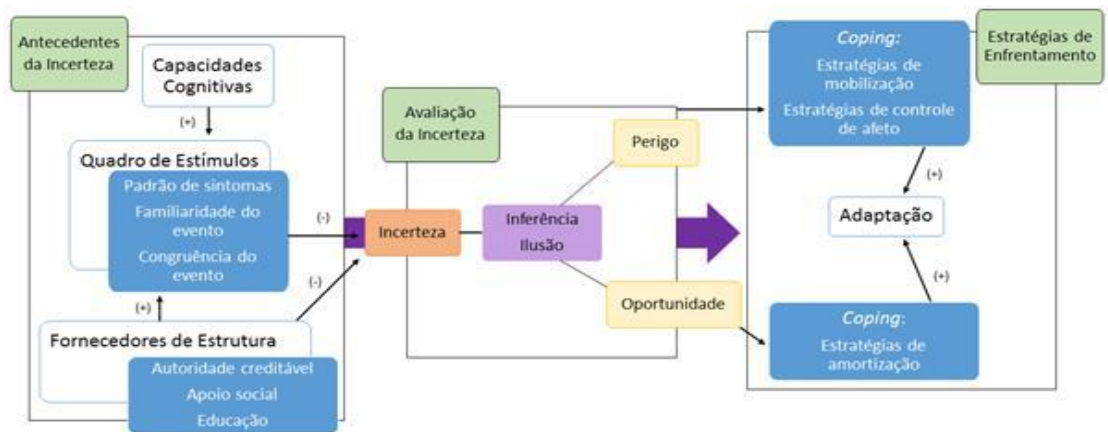


Figura 3 - Modelo da Incerteza na Doença (Font in: Tomey & Alligood, 2004 Imagem: Souza 2017)

No esquema pode-se verificar que se o quadro de estímulos fornecedores de estrutura aumenta, a incerteza diminui, existe uma relação inversa. Assim, a incerteza pode ser vista de duas formas, como um perigo ou oportunidade e através de mecanismos de coping gera adaptação que vai permitir ter uma nova perspectiva de vida e um ritmo de vida natural.

A Teoria da Incerteza é uma teoria que relaciona à incerteza do doente como fenómeno único, mas em interação com o meio e tudo o que o rodeia, podendo ser vista como perigo ou oportunidade, tendo sempre como objetivo final a adaptação da pessoa. Assim, a teoria da incerteza é uma teoria de médio alcance explicativa, é definida como grupo de conceitos específicos e concretos com o objetivo de especificar e aprofundar o fenómeno associado a um nível menos abstrato de conhecimento e inclui aspetos característicos da prática de enfermagem. Esta teoria estabelece relação entre vários

conceitos e explica o porquê e a forma como um conceito se relaciona com outro. (Fawcett, 2005)

Fawcett (2005) definiu um conjunto de critérios de modo a avaliar e analisar as grandes teorias e as teorias de Médio Alcance. São eles, a significância, a consistência interna, parcimônia, adequação pragmática, testabilidade e indicadores empíricos. Estes dois últimos são diferentes para avaliar grandes teorias e teorias de médio alcance. (Fawcett, 2005)

Consoante os critérios descritos, efetua-se uma análise da teoria da incerteza de Merle Mishel, relativamente à:

✓ **Significância**, a teoria encontra-se focada na essência da disciplina de enfermagem, mas não se consegue identificar o modelo conceptual de onde deriva. No que diz respeito á consistência interna, esta é uma teoria clara e apresenta consistência entre os conceitos lógicos e coerentes.

✓ **Consistência interna**, esta é uma teoria clara e apresenta consistência entre os conceitos sendo lógicos e coerentes.

✓ **Parcimônia**, utilizando apenas os conceitos essenciais para a explicação do fenómeno Incerteza.

✓ **Adequação pragmática**, a teoria foi aplicada em contexto real, é fiável a sua implementação, os enfermeiros podem aplicar a teoria e avaliar as ações executadas, sendo os resultados favoráveis.

✓ **Testabilidade** dirige-se ao conteúdo da teoria e da sua capacidade de ser testada. Foi testada várias vezes e foram reformulados conceitos – reconceptualização 1990.

Num serviço de urgência, quando um enfermeiro ou equipa de emergência se depara com uma PCR a atuação da equipa implica rapidez, onde por vezes não se conhece o histórico de saúde devido á situação de gravidade. Estas situações são claramente situações de incerteza. Mishel define incerteza como a incapacidade de determinar o significado de eventos relacionados à doença. É um estado cognitivo criado quando o indivíduo não pode adequadamente estruturar ou categorizar um evento de doença devido a sugestões insuficientes. (Mishel, 1988)

A teoria explica como os pacientes estruturam cognitivamente um esquema para a interpretação subjetiva da incerteza com os tratamentos e resultados. (Smith & Liehr, 2014)

É importante ter em conta que no SU ocorrências de emergência são potenciadoras de incerteza. Mishel refere que os antecedentes da incerteza incluem um quadro de estímulos, capacidades cognitivas e os fornecedores de estrutura que conduzirão ao processo de apreciação da doença. Na fase da apreciação e em contexto de emergência a incerteza pode ser encarada de duas maneiras, ou uma ameaça ou uma oportunidade, uma vez que o enfermeiro pode manter a esperança e a incerteza tornar-se uma força positiva, ou pode ser uma ameaça por o utente correr o risco de ficar sem vida e existe sempre essa incerteza. Assim, os enfermeiros ao promoverem os direitos humanos no respeito pelos seus valores conseguem potenciar uma melhor adaptação ao processo de incerteza nas situações de emergência. (TOMMEY e ALLIGOOD, 2004)

Merle Mishel, defende que a incerteza relacionada com a ameaça à vida e/ou perante a situação de doença só é superável através de uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção, através de estratégias de resolução de problemas desenvolvidas em parceria com a pessoa e potenciadores da melhor adaptação às experiências de doença, neste caso em fase aguda. (Smith & Liehr, 2014)

4.2.3 Segurança do doente crítico

No SU a segurança do doente crítico depende dos profissionais, das aprendizagens e motivação e está inteiramente ligada a qualidade dos cuidados que são prestados. Assim, “A qualidade em saúde é inseparável da prestação de cuidados acessíveis e equitativos à população. Cada pessoa tem o direito básico de acesso a cuidados de saúde de qualidade e em segurança, sendo-lhe reconhecida a legitimidade para exigir essa mesma qualidade em todos os cuidados que lhe são prestados”.(OPSS, 2015,p.99)

Greif *et al* (2015) refere que os profissionais devem realizar um treino frequente em RCP para manterem as suas competências tão importantes na segurança do doente em situação crítica, uma vez que as competências em RCP degradam-se 3 a 6 meses após o último momento formativo.

Atualmente está aprovado pelo despacho nº1400-A/2015 o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. O plano aponta para melhorar a segurança na prestação de cuidados de saúde e em todos os níveis de cuidados com ações como a cultura de segurança, a partilha do conhecimento e da informação e de ações dirigidas a problemas específicos, de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade do Serviço Nacional de Saúde. (DGS, 2015c)

Segundo a OMS, a cultura de segurança de uma instituição prestadora de cuidados de saúde é “para além de um estilo e de uma competência de gestão, um produto de valores individuais e de grupo, de atitudes, de perceções e de padrões de comportamento, que determinam o compromisso dessa instituição para com a segurança dos doentes”. (DGS, 2015b)

Os prestadores de cuidados das instituições são os responsáveis pela qualidade da mesma, uma vez que qualquer instituição detém um ambiente próprio, que influencia os que a frequentam e deixa-se influenciar por eles. Ou seja, os utentes e os profissionais são, em simultâneo agentes e destinatários da mudança e, portanto, da própria cultura de segurança da instituição. (DGS, 2015b)

Segundo (Parate, Pande, & Sukhsohale, 2014) a paragem cardíaca é uma das principais causas de morte em algumas partes do mundo e um grave problema de saúde. O principal determinante para a sobrevivência numa paragem cardíaca é o treino em SBV do elemento que socorre a vítima. A prática, conhecimentos, auto-motivação, recursos adequados podem aumentar a probabilidade de uma vítima ressuscitar após uma PCR. Se for iniciado imediatamente SBV após o colapso da vítima, aumenta as hipóteses de sobrevivência.

4.2.4 Suporte básico de vida e desfibrilhação automática externa

A PCR no adulto surge em mais de 60% dos casos como uma consequência de doença coronária, considerando-se um problema de saúde público. Quando está presente a arritmia que conduz á paragem cardíaca, o resultado está diretamente relacionado com a velocidade e com a qualidade que são realizadas as manobras de reanimação

cardiopulmonar e da condição clínica da síndrome cardíaca. Com um rápido diagnóstico e uma resposta eficaz e adequada é possível salvar uma vida. (Journal, Navarro-vargas, & Matiz-camacho, 2016)

Segundo (Krawczyk, Kononowicz, & Andres, 2016) realizar desfibrilhação quando um ritmo de choque foi identificado é uma das principais intervenções de paragem cardíaca com benefícios claramente comprovados que influenciam a sobrevivência do paciente. A probabilidade de uma tentativa de desfibrilhação bem-sucedida é menor, não só quando o procedimento é feito tarde demais, mas também quando há um atraso entre a interrupção das compressões torácicas e a administração do choque.

Uma pausa mais de 5-10 segundos pode influenciar a eficácia da desfibrilhação. As diretrizes da ERC recomendam o fornecimento de compressões torácicas durante o carregamento do desfibrilhador para eliminar cortes desnecessários nas compressões torácicas e diminuir o tempo entre a paragem da RCP e a administração do choque. As diretrizes também recomendam o uso de pás adesivas para desfibrilhação. Isso tem o potencial de tornar o procedimento mais rápido, seguro e mais eficaz do que com as pás manuais.

As Diretrizes da ERC para Ressuscitação 2015 reconhecem que placas adesivas do desfibrilhador são usadas em algumas configurações. O uso de pás ainda é comum em muitos países europeus, no entanto, não se sabe qual é a técnica de desfibrilhação mais comum em cada país ou quais as barreiras potenciais na implementação das diretrizes.

Foi concluído que existem limitações e barreiras na implementação das diretrizes da técnica de desfibrilhação. Ainda existem países onde o uso de pás adesivas é baixo devido a razões económicas e tradicionais. Há necessidade de novos esforços focados na implementação de diretrizes em termos de uso de almofadas adesivas e uma estratégia de desfibrilhação para minimizar a pausa pré-paragem. (Krawczyk et al., 2016)

Uma definição mais recente é designada pelo INEM (2017), que afirma que na base da RCP quando ocorre uma PCR, existe a cadeia de sobrevivência que tem servido para aumentar um volume de conhecimento científico que se traduz em sobrevivência. Os

primeiros três elos da cadeia de sobrevivência incidem no SBV, o primeiro refere-se ao reconhecimento precoce e ativação do sistema de emergência médica, sendo a reanimação imediata o segundo elo de ligação e por último a desfibrilhação precoce, que ocorre com a desfibrilhação automática externa.

No caso de ocorrer PCR, se forem aplicados os procedimentos específicos definidos nas recomendações, como a correta execução do algoritmo SBV/DAE, aumenta a probabilidade de sobrevivência e estes são essenciais para reduzir a mortalidade e morbidade (sequelas) associados à PCR. (INEM,2017)

A paragem cardíaca repentina é responsável por mais de 60% de morte em adultos por doença cardíaca coronária. A incidência de PCR intra-hospital é difícil de avaliar, e está influenciada por fatores de admissão hospitalar e influência de ordens de não reanimação. No Reino Unido a incidência de paragem cardíaca primária foi de 3.3 / 1.000 admissões; e no hospital universitário da Noruega foi de 1,5/1000 admissões e nos Estados Unidos de 3 a 6/1000 admissões. (Journal et al., 2016)

O tempo que existe entre a paragem cardíaca e o início do SBV é um dos fatores mais importantes na PCR, pelo que é necessário que quem assista a uma PCR realize SBV até que chegue ajuda diferenciada. Toda a população na generalidade deve ser capaz de realizar SBV. (Escobar, 2017)

A desfibrilhação precoce é fundamental para vítimas em PCR pelas seguintes razões:

- A FV é o ritmo inicial mais comum quando ocorre uma PCR (testemunhada). Quando está presente a FV, o coração não bombeia o sangue eficazmente e apresenta tremulação;
- O tratamento eficaz e único para a FV é a desfibrilhação elétrica (aplicação de um choque para terminar a FV e retomar um ritmo cardíaco eficaz);
- Num doente em PCR, com o passar do tempo diminui a probabilidade de uma desfibrilhação com sucesso. Quanto mais antecipada for a desfibrilhação, maior será a taxa de sobrevivência. Sem manobras de SBV precoces, a

probabilidade de sobrevivência a uma PCR com FV diminui em 7 a 10% por cada minuto em que a desfibrilhação não é efetuada;

➤ A FV não tratada evolui para a Assistolia (ritmo sem indicação para choque); (Valente & Catarino, 2012)

Para ser realizada a desfibrilhação, é necessária a utilização de um DAE, que é um dispositivo computadorizado conetado por elétrodos adesivos a uma vítima sem sinais de vida. A maioria dos DAEs opera da mesma maneira e tem componentes similares. Este dispositivo só recomenda a aplicação do choque se o ritmo cardíaco da vítima for possível de tratamento por choque. Este desfibrilhador fornece mensagens sonoras e visuais para orientar as ações do reanimador. O termo automático significa que o DAE informa o seu operador que o choque é necessário (ou não). A diferença fundamental entre um DAE totalmente automático ou semi-autonómico é que no segundo não é aplicado o choque sem uma ação do reanimador (ou seja, este deve pressionar o botão choque quando indicado pelo DAE). (Valente & Catarino, 2012)

4.2.5 Prática simulada

As simulações são ambientes que simulam cenários da prática de cuidados à saúde. Nas simulações os estudantes tem a oportunidade de realizar procedimentos em manequins ou bonecos onde são acompanhados por um professor que avalia o desempenho das competências do profissional que está a ser formado. (SANTOS & LEITE, 2010)

Segundo (Abolfotouh, Alnasser, Berhanu, Al-Turaif, & Alfayez, 2017) a RCP e o uso de DAEs são componentes principais de treinamento em todos os cursos de suporte de vida, incluindo o treinamento básico de suporte de vida. Para completar com sucesso um curso de SBV, um provedor deve demonstrar as habilidades psicomotoras e os conhecimentos cognitivos necessários para administrar a RCP efetivamente.

A American Heart Association e o ILCOR incluíram o SBV em suas diretrizes em 2000. O treinamento de RCP e DAE são generalizados em todos os setores da profissão de saúde na Arábia Saudita e a Comissão Saudita para Especialidades da Saúde exige que os prestadores de cuidados de saúde renovem sua certificação de licenciamento. (Association, 2015)

A duração do treino foi suficiente para a retenção de habilidades em SBV/DAE por um período prolongado, desde que a reavaliação fosse realizada a cada 6 meses. O efeito do treino em SBV e DAE sobre as percepções autoperceptivas dos profissionais de saúde mostraram que os profissionais de saúde - particularmente os enfermeiros, apresentaram melhorias no seu desempenho em SBV e conhecimento de uma paragem cardíaca após o treino. (Abolfotouh et al., 2017)

Este autor defende que existem fatores que influenciam negativamente as atitudes da equipa de enfermagem e que por isso devem ser realizadas frequentemente avaliações de atitudes, conhecimentos e influências que afetam o SBV/DAE entre os profissionais de saúde. Assim, programas educacionais repetidos podem melhorar as atitudes em relação ao desempenho de SBV/DAE. Os indivíduos com mais experiência de treinamento têm melhor desempenho e menos preocupação com SBV/DAE do que indivíduos com experiência limitada. O treinamento sistemático e recorrente na RCP é importante e as organizações de cuidados de saúde devem estar envolvidas na garantia de que esses cursos sejam realizados e concluídos, para aperfeiçoar a confiança no desempenho da RCP e potencialmente para salvar vidas. (Abolfotouh et al., 2017)

Uma breve prática em manequins com feedback automatizado permitiu que alunos de enfermagem realizassem uma maior porcentagem de compressões com profundidade adequada durante a RCP sem queda de habilidade durante o período de estudo de 12 meses. Os alunos que praticaram RCP também melhoraram as habilidades de ventilação em comparação com outros que não praticaram. Os resultados do estudo documentaram os benefícios das sessões curtas de prática sobre a capacidade de realizar RCP. (Oermann, Kardong-Edgren, Odom-Maryon, & Roberts, 2014)

Segundo (Lee et al., 2016) o treino de SBV pode melhorar o desempenho durante a PCR simulada, embora a duração ideal para a prática de SBV seja desconhecida. Uma duração relativamente curta do treino de SBV ajudou os participantes a adquirir habilidades em RCP e DAE. No entanto, era necessária uma maior duração de treinamento e prática para alcançar uma alta qualidade de habilidades para realizar RCP e usar DAEs. Além disso, o treino em SBV aumentou a vontade do participante e configurou-se de forma transparente durante o período de paragem cardíaca, considerando o treinamento.

Segundo (Abolfotouh et al., 2017) a reanimação cardiopulmonar aumenta a probabilidade de sobrevivência de uma pessoa com paragem cardíaca. O treinamento repetitivo ajuda o pessoal a manter o conhecimento em reanimação e no uso de DAEs. A retenção de conhecimentos e habilidades durante e após o treinamento em RCP é difícil e requer treinamento sistemático com metodologia apropriada.

Segundo (Jin Hyuck Lee et 2016) a RCP iniciada por quem presencia a PCR é fundamental para garantir uma ressuscitação bem-sucedida nos casos de paragem cardíaca hospitalar.

A presença de um socorrista treinado é determinante chave de sobrevivência final de emergências que ameaçam a vida. Para que este objetivo seja alcançado é necessário que os profissionais de saúde estejam constantemente expostos a treino em SBV/DAE e adquirir habilidades que podem ser reforçadas em anos de sucesso. (Pande et al., 2014)

É necessário estabelecer métodos de instrução mais eficazes, onde o uso de cenários clínicos simulados pode ser uma ferramenta útil para melhorar a aprendizagem como a avaliação das competências terminais do pós-graduado na carreira de Medicina. (Escobar, 2017)

4.3 Objetivos

Com a realização da intervenção profissional major pretende-se atingir objetivos. Os objetivos apontam os resultados que se pretendem alcançar, podendo incluir níveis diferentes que vão desde o geral ao mais específico. (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010)

O projeto de intervenção profissional major desenvolvido ao longo do estágio, teve como **objetivo geral**: revalidar competências em SBV/DAE dos enfermeiros do SU como determinante na segurança do doente crítico, na resolução de um cenário de PCR através de um exercício de prática simulada antes e após uma sessão de formação em SBV/DAE.

Os objetivos específicos da intervenção profissional major a atingir com a população alvo são:

- ✓ Dar resposta á necessidade formativa que existe no SU
- ✓ Desenvolver competências em SBV/DAE dos enfermeiros do SU num cenário simulado
- ✓ Atingir resultados que revelem a importância da prática simulada em SBV/DAE
- ✓ Intensificar a motivação dos enfermeiros no SU na utilização da prática simulada para a revalidação de competências em SBV/DAE como determinante na segurança do doente.

4.4 Metodologia

A investigação desempenha um papel importante no estabelecimento de uma base científica para guiar a prática dos cuidados. O objeto da investigação em ciências de enfermagem diz respeito ao estudo sistemático de fenómenos que conduzem á descoberta e ao incremento de saberes próprios da disciplina. (Fortin, 2009)

A investigação que se aplica a seres humanos pode causar danos aos direitos e liberdades das pessoas. É importante adotar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdade das pessoas que participam nas investigações. Cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos foram determinados

pelos códigos de ética: o direito á autodeterminação, o direito á intimidade, o direito ao anonimato e a confidencialidade, o direito á proteção contra o desconforto e o prejuízo e, por fim, o direito a um tratamento justo e leal. (Fortin, 1996)

4.4.1 População alvo e levantamento de necessidades

Após a realização do questionário que caraterizou a equipa de enfermeiros do SU, verificou-se que apenas 4 (enfermeiros que fazem SIV) tem formação SBV/DAE após 2015, ou seja 16 dos enfermeiros da equipa desconhece as novas guidelines da ERC de 2015, porque realizaram formação entre 2014-2015.

Após verificação do número de enfermeiros que era detentor das últimas atualizações em SBV/DAE, achou pertinente desenvolver intervenção na revalidação de competências em SBV/DAE como determinante da segurança do doente crítico. A tabela nº8 demonstra os dados que estão relacionados com os conhecimentos, competências e treino em SBV/DAE da equipa relativos à amostra (n= 20).

Ao entregar o questionário foi realizada em simultâneo a questão de quais os enfermeiros que querem participar na intervenção profissional, e foi explicado todo o procedimento: que era iniciado com a realização da 1ª prática simulada e uma check-list (Apêndice VIII), seguida de uma sessão formativa em SBV/DAE lecionada em power point (Apêndice IX) e posteriormente iria ser realizada a 2ª prática simulada e a 2ª check-list. Todos os enfermeiros que preencheram o questionário aceitaram participar no estudo.

Posteriormente, foi agendada a formação em grupos de 5 pessoas. Para a realização da formação houve a necessidade de realizar um plano de sessão formativa (Apêndice X) e respetiva avaliação formativa da sessão (Anexo VII).

Tabela 8 - Os conhecimentos, competências e treino em SBV/DAE da equipa

Formacao SBV	Sim	20	100,0 %
	Não	0	0,0%
Formação SBV/DAE	Sim	18	90,0%
	Não	2	10,0%
Data formação SBV/DAE	Antes de 2010	2	10,0%
	Entre 2010 e 2015	12	60,0%
	Após 2015	4	20,0%
	Não se Aplica	2	10,0%
SBV/DAE Formal	Sim	18	90,0%
	Não	2	10,0%
SBV/DAE última prática	Antes de 2010	1	5,0%
	Entre 2010 e 2015	11	55,0%
	Após 2015	6	30,0%
	Não se Aplica	2	10,0%
SBV/DAE importante	Sim	20	100,0 %
	Não	0	0,0%
SBV/DAE cumpre	Sim	16	80,0%
	Não	4	20,0%
Conhecimento ERC 2015	Sim	17	85,0%
	Não	3	15,0%
Classifica Equipa	Boa	11	55,0%
	Razoável	8	40,0%
	Má	1	5,0%
Melhorias	Sim	20	100,0 %
	Não	0	0,0%
	(Fonte in : a própria)		

4.4.2 Procedimentos éticos

Para implementação do projeto e realização da intervenção profissional no SU, necessitou de realizar um pedido à comissão de ética do Hospital da ULSNA (Apêndice XI), mesmo não estando envolvido na prestação de cuidados aos utentes, envolveu a colheita de informações pessoais dos enfermeiros cujo sigilo e anonimato deve ser preservado. O pedido veio concebido positivo (Anexo VIII). Assim, foi também necessário realizar um requerimento onde constou o pedido de parecer à comissão ética

da Universidade de Évora (Apêndice XII), pedido esse que teve também parecer favorável (Anexo IV).

O questionário que foi entregue aos enfermeiros para a recolha de dados, foi utilizado como ferramenta que continha os conhecimentos, competências e treino em SBV/DAE. Ao questionário foi atribuído um código com letras e foi entregue individualmente nas passagens de turno, as letras que identificam o questionário permitem a recolha de informação nos cenários de simulação. Junto com o questionário foi entregue um consentimento informado que foi devidamente assinado por todos os enfermeiros que colaboraram. (Anexo X)

O consentimento é livre se é dado sem que nenhuma ameaça, promessa ou pressão seja exercida sobre a pessoa e quando esta estejam na plena posse das suas faculdades mentais. Para que o consentimento seja esclarecido, a lei estabelece o dever de informação. A informação é a transmissão dos elementos essenciais à participação dos sujeitos. Saber o que lhes é pedido e para que fins esta informação seja utilizada permite aos potenciais participantes avaliar as consequências da sua participação. Obter um consentimento escrito, livre e esclarecido da parte dos sujeitos é essencial à manutenção da ética na conduta da investigação. (Fortin, 1993)

4.4.3 Diagnóstico da situação

Sendo Portugal um país com baixa natalidade, uma população envelhecida, portadora de patologia crónica múltipla e segundo o plano nacional de saúde (DGS, 2015) pretende-se como meta em 2020, reduzir a mortalidade prematura (≤ 70 anos), para um valor inferior a 20%. Sendo a PCR responsável por mais de 60% de morte em adultos por doença cardíaca coronária e no âmbito da intervenção realizada, foi pertinente realizar um levantamento dos utentes do SU que receberam triagem de cor vermelha e laranja no ano de 2017 e com diagnóstico de PCR.

Tabela 9 - Total de Episódios de Urgência com cor triagem de vermelho e laranja e com diagnóstico PCR no SU no ano de 2017

Destino	Vermelho	Laranja	Total Geral
PARAGEM CARDIACA	62	0	62
PARAGEM RESPIRATORIA		1	1
Total Geral	62	1	63

(Font in: Adw, Alert®, 2017)

Não foi considerado pertinente verificar as triagens das restantes cores, uma vez que, nenhum utente que entra no SU em PCR é classificado com prioridade inferior a anterior. Pode acontecer que um utente seja triado com uma prioridade inferior e posteriormente dentro SU, agravar o seu estado de saúde e entrar em PCR, mas não é uma percentagem valorizável para apresentar.

Perante a amostra de PCR apresentadas, considerou pertinente a realização da intervenção profissional no SU. Assim, após toda a população ter aceitado a participação na formação e prática simulada, realizou um estudo exploratório-descritivo com a participação dos enfermeiros do serviço.

Dos convites realizados aos enfermeiros do SU para participar na sessão formativa, todos foram aceites, apenas 1 enfermeira que se encontra de licença de maternidade e 1 enfermeiro que se encontra de licença sem vencimento não participaram. No total foram realizadas 5 sessões formativas, envolvendo cada uma delas quatro enfermeiros, totalizando a globalidade da amostra. Construiu os planos de sessão, organizou todo o material didático e solicitou o manequim aos Bombeiros Voluntários de Elvas.

A sessão de formação teve a duração de 5 horas e teve início com a descrição dos objetivos, seguida do desenvolvimento que incluiu todos os conteúdos da temática e por último procedeu-se á avaliação do desempenho e revalidação da competência em SBV/DAE do formando num cenário de PCR através de um exercício de prática simulada. Para avaliação foi usada uma check-list constituída por 27 intervenções,

elaborada consoante as recomendações da ERC referentes à guideline de SBV de 2015. (Perkins et al., 2015)

Após o formando resolver o cenário de PCR, foi lecionada uma sessão sobre SBV/DAE em PowerPoint e aí foram identificados os erros e realizou-se uma demonstração com o algoritmo atualizado de 2015. No final, a equipa repetiu a prática simulada com os novos conhecimentos das guidelines e foi realizada a segunda check-list. Após cada simulação foi realizado um debriefing onde foram colocadas questões e esclarecidas dúvidas

4.5 Resultados

A realização da intervenção profissional major teve como base a revalidação da competência em SBV/DAE, de forma a equipa demonstrar o seu desempenho antes e após a sessão formativa, sendo a avaliação realizada através de uma check-list. Os dados foram introduzidos e processados em Excel tendo sido realizada não só uma simples análise estatística como foi feita a interseção de variáveis de modo a encontrar relações entre elas.

Assim, segue-se a apresentação da tabela nº10, que representa o desempenho dos enfermeiros do SU em SBV/DAE antes e após o momento formativo.

Tabela 10 - Desempenho dos enfermeiros em SBV/DAE antes e após o momento formativo (Font in: a própria)

	Percentagem (%)	
	Antes	Depois
Utiliza equipamento de proteção individual	25	100
Avalia o estado de consciência	100	100
Permiabiliza a via aérea	70	100
Realiza o VOS	80	100
Realiza o pedido de ajuda	90	90
Inicia imediatamente compressões torácicas	95	100
Coloca a base de uma mão no centro do tórax	100	100
Coloca a 2ª mão sobre a primeira	100	100
Entrelaça os dedos	100	100
Adapata a posição vertical dos braços	85	100
Realiza compressão do tórax de 5-6 cm (confirmar feedback através do manequim)	25	100
Realiza compressões com uma frequência de 100 – 120 b/min	45	95
Alivia a pressão torácica por completo em cada compressão, sem perder o contato com a parede torácica	85	95
Retoma as compressões torácicas sem interrupção	85	100
Realiza 2 ventilações eficazes com máscara e insuflador	65	100
Realiza a técnica correta de adaptação da máscara facial à face do manequim com 1 mão	50	100
Realiza compressões numa relação de 30:2	95	95
Realiza ventilações eficazes, em que é possível verificar a elevação do tórax	70	100
Cada ventilação não deve durar mais de 1”	70	100
As interrupções das compressões para realizar as 2 ventilações não deve ultrapassar os 10”	65	100
Verifica as condições do tórax	50	95
Liga o DAE ou pede a alguém que lhe o faça	85	100
Demonstra a posição correta dos elétrodos	60	100
Permite a análise correta do ritmo, sem	75	95

ninguém tocar na vítima		
Demonstra administração de choque de forma rápida e segura	75	95
Demonstra ouvir e executar as instruções do DAE	90	95
Minimiza as interrupções das compressões torácicas e demonstra a sequência do rácio 30:2 após ligação de DAE	95	95

Com o objetivo de avaliar e comparar o pior e o melhor desempenho dos enfermeiros do SU em SBV/DAE, após a 1ª prática simulada surgem os gráficos nº 2 e nº3 que representam as intervenções com diferente desempenho, e verifica-se que nas intervenções com melhor desempenho algumas atingem os 100%, e pelo contrário, nas intervenções em que há pior desempenho, chega mesmo a atingir os 25%.

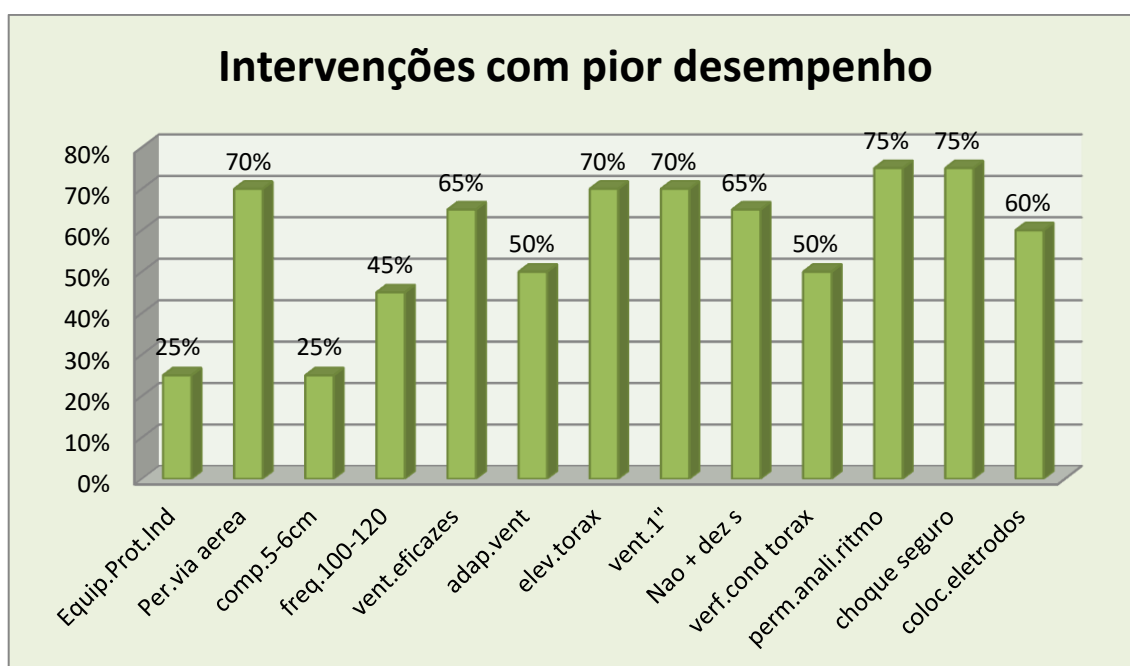


Gráfico 2 - Intervenções com pior desempenho na 1ª prática simulada (Fonte in: a própria)

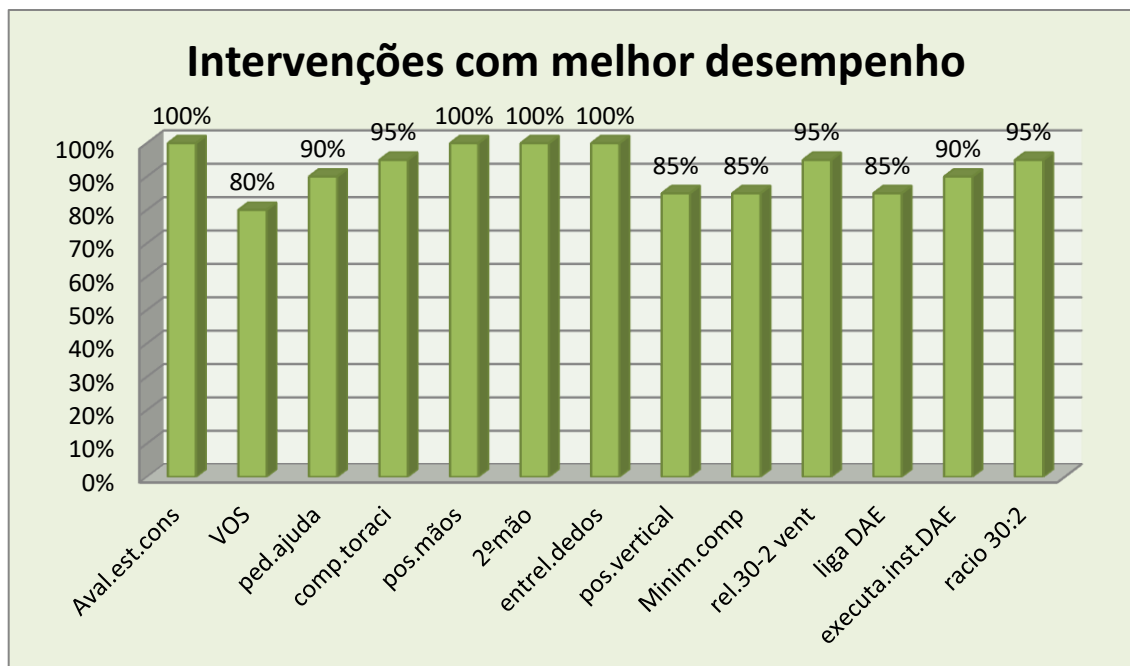


Gráfico 3 - Intervenções com melhor desempenho na 1ª prática simulada (Fonte in: a própria)

Seguidamente, surge o gráfico nº 4 que corresponde à comparação das intervenções realizadas antes e após o momento formativo, e que traduz a evolução de percentagem em cada intervenção realizada. Mesmo após o momento formativo, ainda existem intervenções que não atingem os 100%.

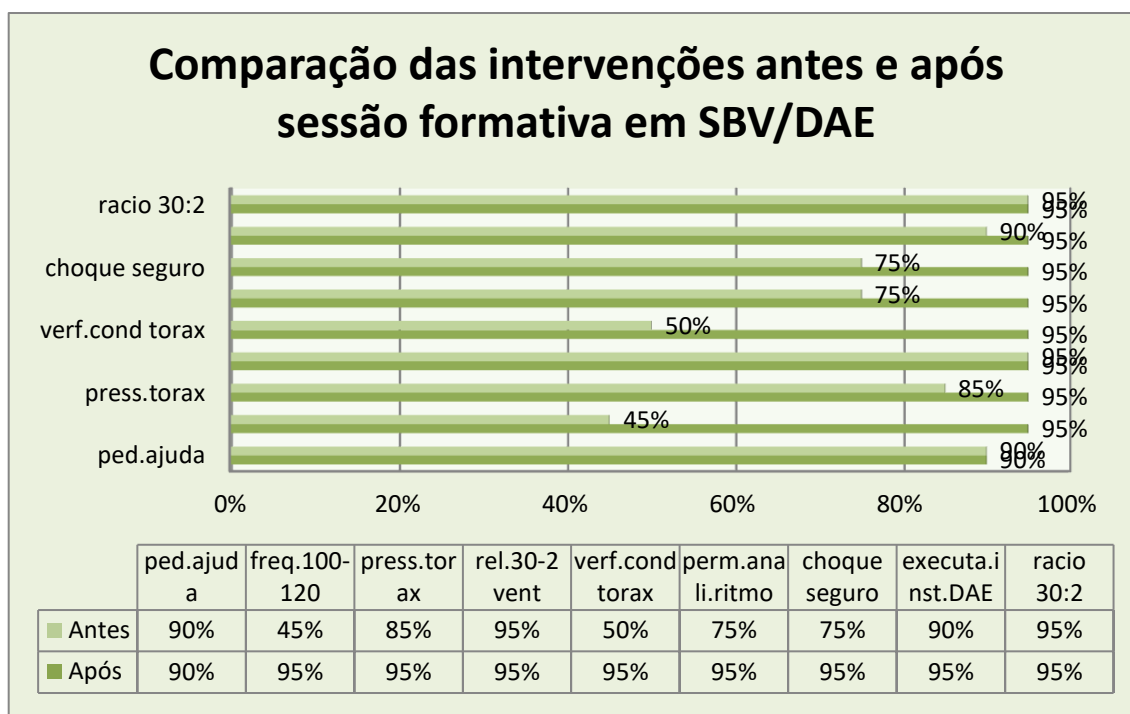


Gráfico 4 - Comparação das intervenções realizadas antes e após a sessão formativa, e as que após a sessão não atingiram os 100% (Fonte in: a própria)

Relativamente ao gráfico nº 5 que surge em baixo, representa a evolução que ocorre após a sessão formativa com prática simulada. A evolução é verificada pela linha linear que representa a evolução positiva, e por outro lado, as curvas apresentadas correspondem ao período antes do momento formativo.

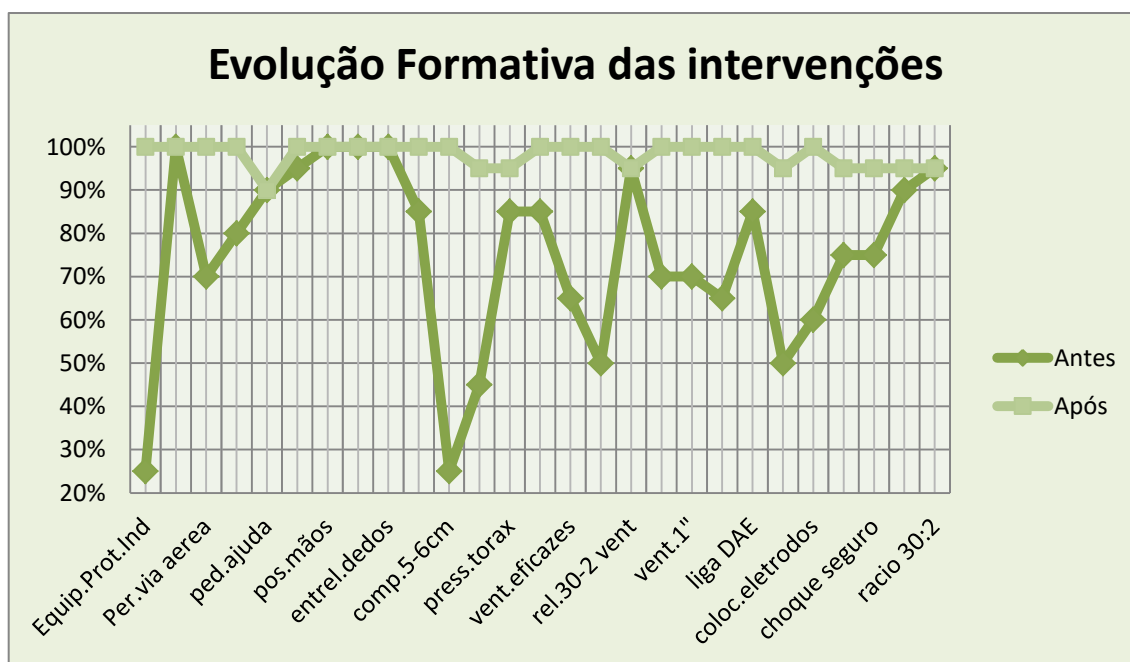


Gráfico 5 - Representa a evolução da competência dos enfermeiros no SU antes da sessão formativa e após a sessão formativa (Fonte in: a própria)

4.6 Discussão

Através da análise do questionário verifica-se que a equipa do SU é considerada uma equipa jovem, uma vez que 50% da equipa tem idade entre os 30-40 anos, mas cerca de 70% da equipa tem entre 11 e 30 anos de experiência profissional.

A exercer funções no SU entre os 11-30 anos de experiência existe 50% da equipa. Podemos também verificar que na equipa de 20 enfermeiros, apenas um é detentor do curso de especialidade em Médico-Cirurgica, e que apenas 4 enfermeiros (20%) tem formação em SBV/DAE atualizada após 2015, que conhece com os elementos que praticam SIV no momento nesse serviço.

A tabela nº 10 evidência que os profissionais que realizam prática simulada têm melhor desempenho, melhores atitudes no desenvolvimento do algoritmo em PCR e menos preocupação com a manipulação de DAE, uma vez que na realização da primeira prática houve menor desempenho que após a sessão de formação.

É importante que as organizações de cuidados de saúde e os prestadores de cuidados sejam envolvidos em cursos de treino em SBV/DAE, para otimizar a

confiança no desempenho em RCP e potencialmente salvar vidas. (Abolfotouh et al., 2017),(SANTOS & LEITE, 2010)

Após a sessão formativa, houve uma melhoria significativa em todas as intervenções da check-list do SBV/DAE, alguns evoluíram mesmo para 100%, o que comprova que o treino é importante para o desenvolvimento de competências e que quem mais beneficia desta prática são os utentes. As vítimas em paragem cardíaca são os principais beneficiários das competências de SBV adquiridas, o que pode ajudar no planeamento futuro de incluir programas de treinamento em instituições. (Pande et al., 2014)

De acordo com (Olasveengen et al., 2017), (Greif et al., 2015), (Hazinski et al., 2015), (Bhanji et al., 2015) evidenciam que o treino deve ser adaptado às necessidades de diferentes tipos de aprendentes, e uma variedade de métodos de ensino diferentes devem ser usados para garantir a aquisição e retenção de conhecimentos e habilidades de ressuscitação. Estes autores referem que aqueles que são esperados para realizar RCP regularmente precisam ter conhecimento das diretrizes atuais e poder usá-las efetivamente como parte de uma equipa multiprofissional. Esses indivíduos exigem treinamento mais complexo, incluindo habilidades técnicas e não técnicas.

No estudo de (Montgomery, Kardong-Edgren, Oermann, & Odom-Maryon, 2012), o desempenho de RCP melhorou após a realização do treino, uma vez que os alunos que praticavam RCP mensalmente eram mais confiantes do que os alunos que não praticavam, os alunos ganharam confiança enquanto praticavam mensalmente e receberam feedback positivo, o que reforçou o seu desejo de continuar o treino mensal para manter as suas habilidades.

Por outro lado, conforme se verifica no gráfico nº 2, as intervenções onde os enfermeiros demonstram pior desempenho e mais necessidades formativas na primeira prática simulada correspondem ao equipamento de proteção individual, á eficácia das compressões torácicas, ambas com percentagem média de 25%, a adaptação do insuflador manual e a verificação das condições do tórax também só teve uma percentagem média de 50%, o que na segunda prática simulada aumentaram para 100%, excepto a verificação das condições do tórax que se manteve nos 95%.

Existem vários autores que justificam este acontecimento. Por um lado (Oermann et al., 2014) no seu estudo concluiu que os alunos estudantes de enfermagem que praticaram RCP apresentaram maiores taxas de compressão e melhores profundidades de compressão do que os estudantes do grupo que não praticaram, estes perderam a capacidade de comprimir entre 9 e 12 meses. Assim, os alunos que praticaram habilidades de RCP realizaram compressões com uma profundidade adequada e mantêm essa habilidade ao longo dos 12 meses. Neste estudo verificou-se também que os alunos que praticaram RCP mantiveram as suas habilidades de ventilação, ao contrário dos alunos que não tiveram mais práticas após a formação inicial, apresentaram menores taxas de ventilação e volumes que diminuíram ao longo do tempo conforme nos resultados da intervenção realizada.

Segundo (Van Vonderen, Witlox, Kraaij, & Te Pas, 2014) verificou que houve fugas significativas após adaptação da máscara à face dos doentes, não sendo satisfatória e condicionando volumes ventilatórios baixos. Refere que uma breve instrução com pontos-chave melhorou significativamente a ventilação da máscara, o que vem a evidenciar que a intervenção do treino na adaptação da máscara, melhoraram as habilidades de ventilação.

Outro estudo importante foi o de (Frković et al., 2008), que teve como objetivo avaliar um curso de RCP na retenção de habilidades e na qualidade de RCP administrada. Verificou-se que os alunos que participaram da reeducação curta foram significativamente melhores. Assim, segundo este autor, um curso de reeducação curto e barato, realizado seis meses após a educação inicial, pode tornar o desempenho em RCP mais eficaz para a vítima e mais seguro.

Segundo Abolfotouh et al.(2017), (Lee et al., 2016), evidenciam que um breve treinamento em SBV/DAE proporcionou um nível moderado de habilidade para realizar RCP e usar DAEs. No entanto, habilidades de alta qualidade para RCP exigem treinamento mais longo e prático, particularmente treinamento prático com DAE, em que programas educacionais repetidos podem melhorar as atitudes em relação ao desempenho de RCP e ao uso de DAEs. Além disso, o treinamento em SBV/DAE aumentou a vontade e a confiança dos participantes para realizar a RCP e usar o DAE durante a paragem cardíaca, independentemente da duração do treinamento. Estes

estudos vêm ao encontro dos resultados verificados no gráfico nº 4, uma vez que na primeira prática simulada a verificação das condições do tórax teve uma percentagem média de 50%, e na segunda prática simulada atingiu os 95%, verificando-se mais uma vez que o uso da simulação responde às necessidades e ao contexto de ensino teórico-prático.

Relativamente ao gráfico nº 5 este representa os picos antes e depois de existir sessão formativa e prática simulada de todas as intervenções da check-list. O trajeto verde-escuro representado refere-se à evolução das intervenções dos enfermeiros antes de realizar formação e treino, e são visíveis picos de percentagem muito baixos, que traduz um gráfico com uma linha irregular, em que existem intervenções que atingem percentagens muito baixas em comparação a outras que estão mais elevadas.

Por outro lado, o trajeto verde-claro é representante da segunda check-list, onde ocorreu após haver sessão de formação e prática simulada, o que traduz uma linha bastante linear e sem se visualizar picos grandes entre as percentagens atingidas. Este fato deve-se, por ter ocorrido momento formativo com treino, em que os enfermeiros conseguem ter um relevante desempenho na sua intervenção em SBV/DAE.

Alguns autores apresentam justificação para o sucedido, (Perkins et al., 2017) evidencia que o desempenho de habilidades de 3 a 12 meses após treinamento inicial origina resultados de baixa qualidade, uma vez que os estudos que avaliam a retenção de habilidades de SBV/DAE demonstram uma rápida deterioração nas intervenções de SBV/DAE e afirma que os ciclos de reconversão de um a dois anos não são adequados para manter a competência nas habilidades de ressuscitação. Os intervalos de reconversão óptima ainda não foram definidos, mas um treinamento mais frequente pode ser útil para os provedores que possam encontrar uma paragem cardíaca. Segundo este autor não existe provas suficientes para recomendar o intervalo o método ideal para a reciclagem de SBV, mas existe evidência que de 3 a 12 meses se degrada a competência.

Da mesma opinião justifica (Greif et al., 2015), que as habilidades de RCP deterioram-se em meses de treinamento, e estratégias de reconversão anual podem não ser suficientemente frequentes. Embora não sejam conhecidos intervalos ideais, a

reconversão frequente de "baixa dose" pode ser benéfica. Treinamento em habilidades não técnicas (por exemplo, habilidades de comunicação, liderança da equipa, papéis de membros da equipa) é um complemento essencial para o treinamento de habilidades técnicas. Esse tipo de treino deve ser incorporado nos cursos de suporte básico de vida.

Ainda a confirmar a importância da simulação surge o autor Kaneko et al. (2015), que com o seu estudo afirma que a simulação *in situ* permitiu uma oportunidade segura de avaliar e observar o desempenho da equipa multidisciplinar, tanto técnica, como comportamental e operacional. Refere ainda, que a simulação *in situ* realizada, demonstrou oportunidades de melhoria no fluxo de utentes e no atendimento em paragem cardio-respiratória e detetou ameaças na segurança. (Kaneko et al., 2015)

4.7 Conclusão

Após ter realizado a intervenção profissional major no SU conseguiu dar resposta à necessidade formativa que havia e constatou-se que a prática simulada é uma vantagem em SBV/DAE, uma vez que na realização do segundo cenário, pós-formativo, os enfermeiros desempenharam melhor as suas intervenções.

Estes resultados, vão ao encontro de vários estudos realizados, que justificam o melhor desempenho em SBV/DAE após sessão formativa. A prática simulada motiva os enfermeiros na resolução de cenários de PCR, sendo um pilar na revalidação de competências em SBV/DAE como determinante na segurança do doente.

Com a realização da intervenção profissional major, conclui-se que existe melhoria na competência dos enfermeiros em SBV/DAE com recurso à prática simulada, uma vez que o recurso à utilização da check-list comprovou a evolução das intervenções realizadas. Assim, comparando as respostas obtidas entre as duas check-list, revelam que as intervenções com melhor desempenho após momento formativo são: o uso de equipamento de proteção individual, a realização de compressões do tórax 5-6 cm, a realização de compressões com uma frequência de 100-120b/min, a realização de ventilações eficazes e a verificação de condições do tórax.

Enquanto futura enfermeira especialista e líder deste projeto no SU, a avaliação realizada resulta numa melhoria da competência após a prática simulada, tal como a literatura referida nos aponta, contribuindo assim para a qualidade pretendida na gestão dos cuidados e nos indicadores de qualidade relativos ao atendimento de emergência.

5 ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

O processo de avaliação e controlo é a análise de todo o estágio final, onde se podem destacar alguns pontos mais importantes que foram percorridos neste caminho. O estágio foi dividido em dois locais, num local teve a duração de 3 meses e noutro local foi de 4 semanas.

O estágio na UCI foi bastante enriquecedor e de grande aprendizagem no que respeita ao doente em situação crítica, do ponto de vista profissional e pessoal, houve momentos de grande aprendizagem e situações inovadoras para o desenvolvimento profissional.

O estágio realizado no SU da ULSNA teve como objetivos desenvolver competências comuns e específicas na área de médico-cirúrgica e a realização de uma intervenção major nesse serviço. Para a realização da referida intervenção houve a necessidade de realizar reuniões com a professora docente, com a enfermeira chefe e com a enfermeira supervisora com o objetivo de delinear estratégias e definir objetivos da intervenção, e cumprir o cronograma realizado inicialmente.

Com a implementação da intervenção profissional no SU, conseguiu atingir os objetivos propostos inicialmente e verifica que a cultura da segurança do ambiente interno, é um objetivo a atingir com o “Plano Nacional para a Segurança dos doentes 2015-2020”, sendo importante que sejam identificados riscos, sejam avaliados, e desencadeado ações de melhoria.

A revalidação de competência em SBV/DAE surgiu como ação de melhoria na segurança do doente crítico. Segundo a DGS (2015a) os cuidados de saúde são associados á gestão dos riscos sendo um processo coletivo que tem como objetivo garantir a segurança dos doentes, evitando incidentes, por vezes graves e evitáveis, capazes de comprometerem a qualidade do Serviço Nacional de Saúde.

“A melhoria da cultura de segurança do ambiente interno das instituições prestadoras de cuidados de saúde é um imperativo e uma prioridade consignada na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde” (DGS, 2015b).

Foi com base no projeto de estágio e nas necessidades do serviço que foi realizada a intervenção profissional a incidir na “Revalidação de competências dos enfermeiros em SBV/DAE como determinante da segurança do doente”. Uma situação de emergência é sempre uma dúvida e incerteza do que irá acontecer, pelo que todo este processo de incerteza na RCP é constituído por fases que vão de encontro á teoria de Merle Mishel, podendo a incerteza ser uma ameaça ou uma força positiva na RCP.

De forma a afirmar-se perante a sociedade, e por ter um passado histórico na arte do cuidar, a enfermagem perante a sociedade tem procurado em simultâneo a evolução científica e técnica como sendo detentora de um conteúdo profissional único, capaz de ser influente na manutenção e promoção da saúde das populações. (Baptista et al., n.d.)

O conceito de aprendizagem e formação em enfermagem “sofreu algumas transformações pedagógicas, passando de uma formação pouco reconhecida, em que a prática era baseada na repetição de ações, para uma prática alicerçada em evidência científica, autónoma, autorregulada e valorizada científica e socialmente”. (Baptista et al., n.d.).

Como análise reflexiva final considera atingidos os objetivos a que se propôs inicialmente, uma vez que desenvolveu competências comuns e específicas do enfermeiro especialista e de mestre com base nas ações e indicadores de avaliação estipulados inicialmente e reflete sobre a intervenção profissional major, com vista a melhoria da qualidade e segurança do doente no SU.

CONCLUSÃO

Ao elaborar este relatório foi possível dar por concluída uma etapa que teve início com a realização do projeto de estágio e o desenvolvimento da intervenção major dentro do estágio final. A realização do estágio em 2 locais distintos contribuiu para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: A pessoa em situação crítica e permitiu a aquisição de novos conhecimentos em doente crítico.

Deste modo, a formação atualizada baseada na evidência é importante e juntamente com a prática simulada foi importante para a intervenção major que foi realizada no estágio. A simulação pode ser um contributo para os enfermeiros se sentirem mais confiantes, menos ansiosos e motivados para a realização da prática.

Com a realização deste relatório, conclui-se que os enfermeiros ao estarem confiantes, seguros e menos ansiosos quando deparam com uma PCR, conseguem agir de forma diferente e contribuir para a segurança do doente no SU. Na intervenção profissional realizada, a formação e a prática simulada foram uma prova e contributo para a evolução no desempenho dos enfermeiros na resolução de uma PCR e que contribuiu para atingir o sucesso em muitas das intervenções do algoritmo SBV/DAE.

É necessário prevenir as situações e praticar, porque as habilidades vão-se degradando gradualmente se não forem colocadas em prática. As habilidades na RCP deterioram-se em meses de treinamento e por isso é evidente a importância de revalidar competência recorrendo à prática simulada.

Em resposta ao objetivo inicial do trabalho, o treino em RCP permite não só aumentar a segurança do doente numa instituição conforme objetivo do plano nacional 2015-2010 como também diminuir a incerteza que numa situação emergente pode ser interpretada como perigo e oportunidade, já que os enfermeiros sentem-se inseguros porque nunca sabem se vão conseguir reanimar o utente, mas tem sempre essa esperança.

É importante ter em mente, que o sucesso dos programas de prevenção de eventos adversos e de promoção à segurança do utente requer a participação de todos os profissionais envolvidos nos processos e na assistência direta ou indireta ao utente. Os profissionais devem adotar estratégias de prevenção no dia-a-dia para haver mudança na cultura de segurança das instituições.

Foi neste sentido que a elaboração deste relatório de estágio contribuiu para o desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista em médico-cirúrgica e proporcionou a aquisição de novas competências na área de mestre. Foi importante também a reflexão sobre a minha prática profissional enquanto enfermeira num SU, onde me deparo frequentemente com situações em que é necessário atuar em RCP.

O enfermeiro especialista na gestão dos cuidados, identificando o estilo de liderança situacional mais adequado à promoção da qualidade dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abolfotouh, b M. A., Alnasser, M. A., Berhanu, A. N., Al-Turaif, D. A., & Alfayez, A. I. (2017). Impact of basic life-support training on the attitudes of health-care workers toward cardiopulmonary resuscitation and defibrillation. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2621-5>
- AESES. (2016). Regulamento de estágio final e relatório do Mestrado em Enfermagem.
- Aleixo, A. R. L. dos R., & Almeida, R. A. R. de. (2014). A SIMULAÇÃO NO ENSINO DE ENFERMAGEM-Simulação na formação ao longo da vida em enfermagem: evidências científicas. In *Martins, José Mazzo, Alessandra Mendes, Isabel Rodrigues, Manuel Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde CAP V* (pp. 83–96). Coimbra. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Alejo García, J. P., López Martínez, J. B., Franganillo Rodríguez, M. del M., & Durán Vivas, G. (2016). Memoria de actividad y científica del Área de Salud de Badajoz, 3–32. Retrieved from <http://www.areasaludbadajoz.com/index.php/atencion-hospitalaria/77-medicina-interna>
- American Psychological Association. (2010). *APA Sixth Edition. Intellectual Property* (Vol. 1968). <https://doi.org/10.1006/mgme.2001.3260>
- Association, A. H. (2015). Atualização das Diretrizes de RCP e ACE: Destaques da American Heart Association 2015. *American Heart Association*, 36. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000253>
- Baptista, R. C., Salazar, A., Orientador, P., Jos, D., Amado, C., Categoria, M., ... Auxiliar, P. (n.d.). *Simulação de Alta-fidelidade no Ensino de Enfermagem: Satisfação e Ganhos Percebidos Pelos Estudantes*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Bastos, C., & Saraiva, M. (2011). A Qualidade dos cuidados de enfermagem e a Norma

ISO – Aplicação empírica no Hospital Cuf Infante Santo. *TMQ - Qualidade: A Qualidade Numa Perspectiva Multi e Interdisciplinar*, 1–39.

Bhanji, F., Finn, J. C., Lockey, A., Monsieurs, K., Frengley, R., Iwami, T., ... Yeung, J. (2015). Part 8: Education, implementation, and teams: 2015 international consensus on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science with treatment recommendations. *Circulation*, 132, S242–S268. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000277>

Bonacaro, A., Williams, G., & Brownie, S. (2014). Early tracheostomy: who decides? Teaching basic life support to the digital generation: randomized trial comparing video- assisted versus practical simulation. *Al Ain, UAE; Adjunct Associate Professor, School of Nursing & Midwifery*, 9(3), 100–105.

Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar CERPC. (2015). *SopORTE Vital Básico con un Desfibrilador Externo Automatizado (DEA)*. Retrieved from http://www.cercp.org/images/stories/recursos/posters/Poster_Algoritmo_SVB_DEA_Espanol_2015.pdf

Costa, J. D. S. (1995). Métodos de prestação de cuidados. *Escola Superior de Enfermagem de Viseu*, 234–251. Retrieved from <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/19.pdf>

Dec. Lei n.º 156. (2015). Lei 156/2015 Segunda alteração ao estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário Da República*, 1.ª Série — N.º 181 — 16 de Setembro de 2015, 4860–4862.

Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 setembro 2016. (2016). *Diário República*, 2746–2749.

DGS. (2015a). Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020. *DGS-Direcção Geral Da Saúde*, 1–38.

DGS. (2015b). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes. *Despacho No 1400-A/2015. Diário Da República*, 28(2), 4–9. Retrieved from <https://dre.pt/application/file/66457154> obtido a 24 de Março de 2018

- DGS. (2015c). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 - Despacho n.º 1400-A/2015. *Diário Da República*, 2.^a série(28), 8–9.
- DGS. (2017). Relatório do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares 2017, 1–21.
- Diário da República. (2016). Prova(s) de doutoramento, 4–11. Retrieved from <https://dre.pt/application/file/a/74313910>
- Direcção-Geral da Saúde. (2007). Programa nacional de prevenção e controlo da infecção associada aos cuidados de saúde. *Direcção-Geral Da Saúde*, 20.
- Escobar, C. I. C. (2017). La enseñanza de la reanimación cardiopulmonar y cerebral, 9(4), 279–281.
- European Resuscitation Council. (2015). *Suporte Avançado de Vida*.
- Fawcett, J. (2005). Criteria for evaluation of theory. *Nursing Science Quarterly*, 18(2), 131–135. <https://doi.org/10.1177/0894318405274823>
- Fortin. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. (Lusodidata, Ed.). Loures.
- Fortin, M. F. (1996). *O Processo de Investigação - Da concepção à realização*. (LUSOCIÊNCIA, Ed.). Loures.
- Freitas, M., & Parreira, P. (2013). Dotação segura para a prática de enfermagem: operacionalidade do conceito e o seu impacto nos resultados. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série(nº 10), 171–178. <https://doi.org/10.12707/RIII12125>
- Frković, V., Šustić, A., Zeidler, F., Protić, A., & Deša, K. (2008). A brief reeducation in cardiopulmonary resuscitation after six months-the benefit from timely repetition. *Signa Vitae*, 3(2), 24–28. <https://doi.org/10.22514/SV32.102008.5>

- Gimenes, F. R. E., & Cassiani, S. H. de B. (2014). A SIMULAÇÃO NO ENSINO DE ENFERMAGEM- Segurança e qualidade dos cuidados. In U. de I. em C. da S. Enfermagem & E. S. de E. de Coimbra (Eds.), *José Carlos Amado Martins Alessandra Mazzo Isabel Amélia Costa Mendes Manuel Alves Rodrigues* (pp. 39–52). Coimbra.
- Gräff, I., Goldschmidt, B., Glien, P., Bogdanow, M., Fimmers, R., Hoeft, A., ... Grigutsch, D. (2014). The German version of the Manchester triage system and its quality criteria - First assessment of validity and reliability. *PLoS ONE*, 9(2), 1–12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0088995>
- Greif, R., Lockey, A. S., Conaghan, P., Lippert, A., De Vries, W., Monsieurs, K. G., ... Zideman, D. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Section 10. Education and implementation of resuscitation. *Resuscitation*, 95, 288–301. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.032>
- GRIMM, J. W. (2010). Effective Leadership: Making the Difference. In *Journal of Emergency – Nursing*, 36, 74–77. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2008.07.012>.
- Grupo Português de Triagem. (2015). UMA METODOLGIA DE TRABALHO COERENTE. Retrieved March 28, 2018, from <http://www.grupoportuguestriagem.pt>
- Guedes, H. M., Martins, J. C. A., & Chianca, T. C. M. (2015). Predictive value of the Manchester Triage System: evaluation of patients' clinical outcomes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(1), 40–45, 45–51. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680107p>
- Hazinski, M. F., Nolan, J. P., Aickin, R., Bhanji, F., Billi, J. E., Callaway, C. W., ... Zideman, D. A. (2015). *Part 1: Executive summary: 2015 International consensus on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science with treatment recommendations*. *Circulation* (Vol. 132). <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000270>
- INEM. (2017). Manual de Suporte Básico de Vida - Adulto, 1ª EDIÇÃO.

- Journal, C., Navarro-vargas, J. R., & Matiz-camacho, H. (2016). Revista Colombiana de Anestesiología Manual de práctica clínica basado en la evidencia: Reanimación cardiocerebropulmonar, 3(1), 9–19.
- Kaneko, R. M. U., Couto, T. B., Coelho, M. M., Taneno, A. K., Barduzzi, N. N., Barreto, J. K. S., ... Carvalho, F. S. de. (2015). Simulação in Situ, uma Metodologia de Treinamento Multidisciplinar para Identificar Oportunidades de Melhoria na Segurança do Paciente em uma Unidade de Alto Risco. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 39(2), 286–293. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n2e00242014>
- KARIM, H. N. (2016). Cardiac Arrest: a Need To Understand the Determinants of Basic Life Support- a Nursing Perspective. *Journal on Nursing*, 6(1), 42–47. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=116359099&%0Alang=es&site=ehost-live&scope=site>
- Krawczyk, P., Kononowicz, A. A., & Andres, J. (2016). Barriers in the implementation of the Resuscitation Guidelines: European survey of defibrillation techniques. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 24(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s13049-016-0219-2>
- Lee, J. H., Cho, Y., Kang, K. H., Cho, G. C., Song, K. J., & Lee, C. H. (2016). The Effect of the Duration of Basic Life Support Training on the Learners ' Cardiopulmonary and Automated External Defibrillator Skills. *Biomedical Research International*, 2016, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2016/2420568>
- Lei 156/2015 Segundo alteração ao estatuto da Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Diário Da República I Série, N.º 181 (16-09-2015)*, 4860–4862.
- Martins, J. C. A., Mazzo, A., Baptista, R. C. N., Coutinho, V. R. D., Godoy, S. de, Mendes, I. A. C., & Trevizan, M. A. (2012). A experiência clínica simulada no ensino de enfermagem: retrospectiva histórica TT - The simulated clinical experience in nursing education: a historical review TT - La experiencia clínica

- simulada en la enseñanza de enfermería: retrospectiva histórica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(4), 619–625. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000400022>
- Martins, J. C. A., Mazzo, A., Mendes, I. A. C., & Rodrigues, M. A. (2014). A SIMULAÇÃO NO ENSINO DE ENFERMAGEM. In U. de I. em C. da S. Enfermagem & E. S. de E. de Coimbra (Eds.) (pp. 39–51). Coimbra. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Ministério da Saúde. (2015). Carta dos direitos do doente internado. *Direcção-Geral Da Saúde*, 1–12. Retrieved from <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>
- Montgomery, C., Kardong-Edgren, S. E., Oermann, M. H., & Odom-Maryon, T. (2012). Student Satisfaction and Self Report of CPR Competency: HeartCode BLS Courses, Instructor-Led CPR Courses, and Monthly Voice Advisory Manikin Practice for CPR Skill Maintenance. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 9(1). <https://doi.org/10.1515/1548-923X.2361>
- Noriega Elena, P. E. (2014). Programa nacional para a Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos.
- Oermann, M. H., Kardong-Edgren, S. E., Odom-Maryon, T., & Roberts, C. J. (2014). Effects of Practice on Competency In Single-Rescuer Cardiopulmonary Resuscitation. *MEDSURG Nursing*, 23(1), 22–28. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2010.11.022>
- Olasveengen, T. M., De Caen, A. R., Mancini, M. E., MacOnochie, I. K., Aickin, R., Atkins, D. L., ... Nolan, J. P. (2017). 2017 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations Summary. *Circulation*, 136(23), e424–e440. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000541>
- OPSS. (2015). Relatório de Primavera 2015 - Acesso aos Cuidados de Saúde. Um direito em risco? In *Relatório de Primavera-Observatório Português dos Sistemas de Saúde* (p. 86). <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.1846.8000>

Ordem dos enfermeiros. (2010). Regulamento das competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica. *Ordem Dos Enfermeiros*, 1–4. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. *Lisboa (PT): Divulgar*, 24. Retrieved from <http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Padr?es+de+Qualidade+dos+cuidados+de+Enfermagem#0%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Padr?es+de+quali>

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. *Ordem Dos Enfermeiros*, 1–10. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2011a). Parte e. *Diário Da República*, 2ª Série, (0), 40918–40920.

Ordem dos Enfermeiros. (2011b). Regulamento Dos Padrões De Qualidade Dos Cuidados Especializados em Enfermagem aem Pessoa em Situação Crítica.

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. *Ordem Dos Enfermeiros*, 112. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. *Ordem Dos Enfermeiros*, 112. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento da Competência acrescida avançada em gestão. *Diário Da República*, 2ª Série, (0), 40918–40920.

Órgãos, C. E. para a T. de. (2013). Guia para a qualidade e segurança dos órgãos para transplantação (5ª, p. 329). Portugal: Instituto Português de Sangue e

Transplantação, IP.

Pande, S., Pande, S., Parate, V., Pande, S., & Sukhsohale, N. (2014). Evaluation of retention of knowledge and skills imparted to first-year medical students through basic life support training. *AJP: Advances in Physiology Education*, 38(1), 42–45. <https://doi.org/10.1152/advan.00102.2013>

Pereira, J. (2017). Performance dos enfermeiros em suporte básico de vida , como determinante na segurança do doente crítico, 178. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10174/21095>

Perkins, G. D., Neumar, R., Monsieurs, K. G., Lim, S. H., Castren, M., Nolan, J. P., ... Bossaert, L. (2017). The International Liaison Committee on Resuscitation—Review of the last 25 years and vision for the future. *Resuscitation*, 121, 104–116. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2017.09.029>

Pinheiro, M. F. R. (1994). *Organizar a prestação de cuidados: Uma função / desafio para o enfermeiro chefe.Servir.*

Pordata. (2015). Pordata. Retrieved March 28, 2018, from <https://www.pordata.pt/Subtema/Portugal/População+Residente-28>

PPCIRA, D. N. do. (2016). Relatório Auditoria Às precauções básicas de Controlo de Infecção e Monitorização da Higiene das Mãos Análise evolutiva 2014-2015.

Robinson, E. J., Smith, G. B., Power, G. S., Harrison, D. A., Nolan, J., Soar, J., ... Rowan, K. M. (2016). Risk-adjusted survival for adults following in-hospital cardiac arrest by day of week and time of day: Observational cohort study. *BMJ Quality and Safety*, 25(11), 832–841. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004223>

Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, (15), 1–37. Retrieved from https://www.moodle.uevora.pt/1617/pluginfile.php/42985/mod_resource/content/1/Revista_Percursos_15.pdf

- SANTOS, M. . (dos);, & LEITE, M. L. (2010). A avaliação das aprendizagens na prática da simulação em Enfermagem como feedback de ensino. *Revista Gaúcha de Enfermagem (Online)*, 31(3), 552–556. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000300020>
- SES. (2015). SES. Retrieved March 23, 2018, from <http://www.areasaludbadajoz.com/>
- SES. (2016). Medicina Interna.
- Smith, S. J., & Liehr, P. R. (2014). *Middle range theory for nursing*. (S. J. Smith & P. R. Liehr, Eds.) (Third). Springer Publishing Company, LLC 11 West 42nd Street New York, NY 10036. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Souza, M. (2017). *INCERTEZA E ESPERANÇA EM LISTA DE ESPERA DE TRANSPLANTE RENAL: UM ESTUDO À LUZ DA TEORIA DA INCERTEZA DA DOENÇA*. Enfermagem da Universidade de Brasília.
- Sponsor, M., & Funder, T. M. (2016). Avoidable mortality from in-hospital cardiac arrest : Have interventions aimed at recognising and rescuing deteriorating patients made an impact on incidence and outcomes ?, (May 2014), 1–24.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). Teóricas de Enfermagem e a sua obra.pdf.
- ULSNA. (2016). ULSNA, Mais Saúde e Qualidade de Vida. Retrieved March 28, 2018, from <http://www.ulsna.min-saude.pt>
- UISNA, C. (2015). Regulamento-Interno-da-ULSNA.
- Valente, M., & Catarino, R. (2012). *SBVD Suporte Básico de Vida com Desfibrilhação Automática Externa*.
- Van Vonderen, J. J., Witlox, R. S., Kraaij, S., & Te Pas, A. B. (2014). Two-Minute Training for Improving Neonatal Bag and Mask Ventilation. *PLoS ONE*, 9(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0109049>

Wulp, I. van der. (2010). *Reliability and validity of emergency department triage systems Ineke van der Wulp.*

APÊNDICES

APÊNDICE I Projeto de estágio final

**MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO**



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
Saúde



ES
Escola Superior
Saúde
Algarve



IPS
Instituto Politécnico do Senegal
Escola Superior de
Saúde



UNIVERSIDADE DO PORTO
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Unidade Curricular: Estágio Final em Enfermagem à pessoa em situação crítica

Docentes: Prof.^a Maria da Graça F.da Gama Pereira Antunes

Enfermeira Orientador: Enfermeiro Julian Martinez- UCI de Badajoz

Enfermeira Orientadora: Sandra Cristina Pombeiro Sapatinha- HSLE

TRABALHO PROJETO:

***UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS
DE BADAJOZ E SERVIÇO DE URGÊNCIA
DE ELVAS***

Discente:

Ana Mafalda Balsas, n.º37364

Elvas, Outubro de 2017

Unidade Curricular: Estágio Final em Enfermagem à pessoa em situação crítica

Docentes: Prof.^a Maria da Graça F.da Gama Pereira Antunes

Enfermeira Orientador: Enfermeiro Julian Martinez- UCI de Badajoz

Enfermeira Orientadora: Sandra Cristina Pombeiro Sapatinha- HSLE

TRABALHO PROJETO:
UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DE
BADAJOZ E URGÊNCIA DE ELVAS

Discentes:

Ana Mafalda Balsas, aluno nº37364

Elvas, Outubro 2017

Projeto Individual- Estágio Final

ABREVIATURAS E SIGLAS

Enf.^a - Enfermeira

GCL – PPCIRA- Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controle de Infecção e Resistência a Antimicrobianos

HJMG- Hospital José Maria Grande

HSLE- Hospital Santa Luzia de Elvas

N.º - número

OE - Ordem Enfermeiros

SAV- Suporte Avançado de Vida

SBV- Suporte Básico de Vida

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

ULSNA- Unidade Local de Saude do Norte Alentejano

VMER- Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	5
1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	7
1.1 EXPERIENCIA PROFISSIONAL E CARATERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS	7
1.2 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	12
1.3 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	17
1.4 COMPETÊNCIAS DE MESTRE	21
CONCLUSÃO.....	22
BIBLIOGRAFIA:	23

INTRODUÇÃO

Este trabalho surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem: Especialização Médico- Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, na unidade curricular Estágio Final com 388 h de contato no qual me foi proposto a elaboração de um projeto individual e como metodologia de avaliação a elaboração de um artigo contribuindo para o meu desenvolvimento não só profissional mas também pessoal. No seguimento da elaboração deste projeto, estágio e artigo segue-se a realização do relatório final.

O estágio final é o seguimento do estágio I que teve início em Maio no serviço de Reanimação do Hospital Infanta Cristina , e onde desenvolvi competências e prestei cuidados em doente crítico, e que irá terminar no serviço da UCI e no serviço de Urgência do HSLE.

Para a elaboração deste trabalho foi utilizada a metodologia de projeto, cujo objetivo principal é centrar-se na resolução de problemas e desenvolver capacidades e competências para elaboração e concretização de projetos numa situação real (Ruivo et al., 2010).

Assim, o estágio final será desenvolvido no serviço de UCI do Hospital Universitário Infanta Cristina de Badajoz, irei realizar 4 turnos de observação na VMER do Hospital de Portalegre e a parte final do estágio será realizada no Serviço de Urgência do Hospital de Elvas onde pretendo desenvolver a intervenção profissional e o respetivo relatório que incide na “Revalidação de competências em SBV/DAE como determinante da segurança do doente crítico

Como **objetivo geral** deste projeto pretendo desenvolver competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Pessoa em Situação Crítica no contexto da especialidade Médico-Cirúrgica.

Como **objetivos específicos** pretendo:

- Realizar uma breve descrição dos locais de estágio e sua missão
- Definir objetivos e ações a desenvolver no serviço da UCI e no serviço de urgência segundo as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista.
- Descrever indicadores de avaliação das respectivas actividades para desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista.

Projeto Individual- Estágio Final

- Desenvolver competências de Mestre

Este trabalho foi redigido de acordo com as normas do novo acordo ortográfico português e a referência assenta nas normas da *American Psychological Association* [APA].

1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 EXPERIENCIA PROFISSIONAL E CARATERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

A escolha pela realização do Mestrado em Enfermagem: Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, foi devido ao fato de eu sentir a necessidade de adquirir e desenvolver competências em doente crítico, uma vez que estou a trabalhar num serviço de urgência onde me deparo com muitas situações de doente crítico com necessidade de atuação imediata e com necessidade de capacidades para intervir em emergência. Assim, a aquisição de conhecimentos e aptidões para o aperfeiçoamento do meu percurso profissional e obtenção de novas competências em doente crítico foi objectivo quando integrei o curso de mestrado em Setembro de 2016. Sendo o estágio uma unidade curricular que faz parte do planeamento do curso, houve a necessidade de realização de estágio I em Maio/Junho no qual desenvolvi algumas das competências em doente crítico e como unidade curricular do 3º semestre surge o estágio final em que terei que desenvolver um projeto com atividades segundo as competências do enfermeiro especialista e com indicadores de avaliação.

Segundo Josso (1996) o projecto é uma procura, porque implica uma abertura da pessoa para consigo mesma e para com o ambiente que a cerca. Representa uma posição face à vida, em que se procede à auto-avaliação, e se planifica de uma forma flexível em função de problemas que se identificam no desempenho.

Para responder à unidade curricular de estágio final escolhi a UCI do Hospital Infanta Cristina para a realização de 30 turnos por ser um serviço onde todos os doentes são críticos e onde se pretende propor qualidade excelente em todas as vertentes de protecção, promoção e prevenção da saúde.

A parte final do estágio irá ser realizada no serviço de Urgência de Elvas, onde me encontro a exercer funções, irei realizar cerca de 12 semanas de estágio, para poder realizar o diagnóstico de situação, levantar as necessidades e concluir o relatório final. Irei também realizar 4 turnos de 8 h no serviço de VMER do Hospital José Maria Grande em Portalegre, uma vez que poderei desenvolver competências em doente

Projeto Individual- Estágio Final

crítico, mas em contexto pré- hospitalar onde existe um ambiente menos controlado, e eu sinto a necessidade de conhecer a realidade de doente crítico noutras circunstâncias.

Assim, sendo o hospital Infanta Cristina, um hospital com muitas valências e capacidade de resposta, este tem como finalidade atingir e construir uma organização de saúde excelente, procura-se a qualidade total, bem como promover a investigação, inovação e adaptar as novas necessidades de saúde. Os seus princípios são os seguintes:

Universalidade: Garantir o direito e a protecção da saúde de todos os cidadãos.

Equidade: Proporcionar o acesso de saúde a todos os cidadãos com a mesma igualdade, salientando a união social e solidariedade.

Participação: Garantir não só a participação de todos os cidadãos de forma a cumprirem os seus direitos e responsabilidade com o serviço de Saúde como também a participação dos profissionais para implementar a eficácia e qualidade do sistema sanitário, sendo fundamental a sua participação para atingir os objectivos da organização.

Eficiência: Adquirir o compromisso de conseguir a máxima eficácia e qualidade com o menor custo possível conforme os âmbitos da gestão e respeitando os princípios de equidade e universalidade.

A UCI do hospital Infanta Cristina tem uma capacidade de internamento 26 doentes, mas está dividida em UCI 1 e UCI 2. Cada unidade tem 13 camas e tem a sua equipa específica de enfermeiros, sendo os médicos os mesmos para as duas unidades. Cada equipa da unidade tem métodos de trabalhos distintos e cada unidade recebe doentes de patologias diferentes. Por escolha da enfermeira supervisora no 1º dia de estágio, eu fiquei na UCI 1 onde são internados todos os utentes em situação crítica de todas as especialidades que vem do bloco operatório e que se encontram instáveis no qual necessitam de suporte hemodinâmico e ventilatório

Este serviço é composto por 13 camas, com capacidade para ventilação mecânica, ventilação mecânica não invasiva, ventilação espontânea, monitorização cardíaca, tensão arterial e oximetria permanente. O serviço de UCI 1 tem como objectivos:

- ✓ Fornecer suporte ventilatório mecânico, ventilação mecânica não invasiva e ventilação espontânea.
- ✓ Colocação de analgesia para retirar a dor ao utente
- ✓ Colocação de sedação necessária
- ✓ Manter parâmetros vitais estáveis.

Projeto Individual- Estágio Final

- ✓ Reanimação a qualquer utente que necessite e manutenção de tratamento intensivo até que recupere o estado crítico
- ✓ Aplicar técnicas e métodos necessários bem como a ventilação artificial, oxigenoterapia hiperbárica, equilíbrio hemodinâmica, electrolítica, metabólica ou ácido-base

Cada equipa da unidade tem métodos de trabalhos distintos e cada unidade recebe doentes de patologias diferentes.

Da equipa médica, fazem parte, 10 médicos intensivistas residentes, 1 chefe de serviço e 2 médicos supervisores. A esta equipa acrescem os alunos que estão a fazer o internato e alguns médicos a fazer a especialidade de intensivista, sendo estes em número variável. Estes médicos são ainda apoiados pelos médicos de especialidade do hospital, quando esse apoio é solicitado.

A equipa de enfermagem da UCI 1 é constituída, para além do enfermeiro supervisor e enfermeiro responsável, por 24 enfermeiros, 2 com redução de horário. A equipa de enfermagem é distribuída da seguinte forma: 5 enfermeiros de manhã, 4 enfermeiros à tarde e 3 enfermeiros no período da noite de segunda-feira a sexta-feira. No fim-de-semana apenas estão 4 enfermeiros no turno de manhã, 4 no turno da tarde e 3 no turno da noite. Estes realizam o horário por turnos com a rotatividade de T/M/N e a seguir 2 descansos, sendo que existem funcionários com redutividade de horário, e enfermeiros que só realizam manhas e tarde.

A equipa de auxiliares de enfermagem é constituída por 17 elementos, estando 2 com redução de horário. Estes são distribuídos da seguinte forma: 3 auxiliares no turno da noite, 3 auxiliares no turno da manhã e 3 auxiliares no turno da tarde. Existem ainda uma equipa de maqueiros para a UCI, da qual são escalados: 1 para cada unidade e um segundo elemento circulante que dá apoio às duas unidades. Da equipa multidisciplinar fazem também parte 2 fisioterapeutas que dão apoio às duas unidades (UCI 1 e UCI 2) e UCP.

Sendo o serviço de urgência de Elvas o local onde vou realizar cerca de 12 semanas de estágio e onde irei realizar a intervenção profissional, é importante clarificar que este serviço se encontra inserido no HSLE, dentro da ULSNA.

A ULSNA, E.P.E. é constituída pelos HJMG de Portalegre e HSLE bem como pelo Agrupamento de Centros de Saúde.

O objectivo principal da ULSNA é a prestação de cuidados de saúde primários, secundários, reabilitação, continuados integrados e paliativos à população. Para além

Projeto Individual- Estágio Final

deste tem também por objeto desenvolver atividades de investigação, formação e ensino, sendo a sua participação na formação de profissionais de saúde.

O serviço de Urgência de Elvas faz parte de um hospital com serviços de medicina interna, cirurgia geral, ortopedia, anestesia e bloco operatório e está dotado de serviços de imagiologia e patologia clínica em laboração permanente.

A missão do serviço está enquadrada na missão da ULSNA, EPE: “...promover o potencial de todos os cidadãos, através do fomento da saúde e da resposta à doença e incapacidade, garantindo a qualidade dos serviços prestados, a tutela da dignidade humana e a investigação permanente na procura contínua de soluções que reduzam a morbilidade e permitam obter ganhos em saúde.”

Tem como visão: Constituir uma imagem de excelência no atendimento dos cidadãos, na ligação à comunidade, na criação de parcerias, na investigação permanente e no impacto das atividades desenvolvidas.

Tem como valores: respeito pela dignidade e direitos dos utentes, excelência técnica, acessibilidade e equidade dos cuidados, promoção da qualidade, motivação e atuação pró-ativa, melhoria contínua, trabalho de equipa, respeito pelas normas ambientais. (“ULSNA- Serviço Nacional de Saúde,” 2016)

Estes são os valores da ULSNA, EPE, do serviço de urgência do HSLE e estão enquadrados no artigo 99 da lei 156/2015 (segunda alteração ao estatuto da ordem dos enfermeiros), no n.º 1 que nos diz que as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro; n.º 2 São valores universais a observar na relação profissional:

a) A igualdade; b) A liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum; c) A verdade e a justiça; d) O altruísmo e a solidariedade; e) A competência e o aperfeiçoamento profissional.

3 — São princípios orientadores da atividade dos enfermeiros:

- a) A responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade;
- b) O respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados;
- c) A excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais.

Deste modo, todos os profissionais do serviço de urgência do HSLE tentam responder as necessidades dos utentes que recorrem diariamente ao serviço de urgência, estes podem ir por sua vontade ou podem serem encaminhados de um centro de saúde.

Projeto Individual- Estágio Final

Existem utentes que recorrem ao serviço de Urgência de Elvas e no qual pode não haver capacidade de resposta para o seu tratamento, estes são transferidos para o hospital de referência que está protocolado de acordo com a sua patologia.

A equipa multidisciplinar do serviço de urgência é constituída por 24 enfermeiros, sendo 1 a enfermeira chefe, 1 enfermeira detentora de título de especialista em Enfermagem médico-cirúrgica: A pessoa em situação crítica, e os restantes 22 enfermeiros de cuidados gerais, no qual uma se encontra de licença de maternidade e um enfermeiro de licença sem vencimento.

Destes enfermeiros, 6 integram a equipa de pré-hospitalar – ambulância-SIV, de acordo com o protocolo estabelecido entre a ULSNA, ARSA e INEM (18h/semana em meio SIV). Fazem também parte da equipa 9 assistentes operacionais, 8 administrativos e 24 médicos especialistas (8 internistas, 6 ortopedistas, 7 cirurgiões e 3 anestesistas). Para além dos especialistas, existem neste serviço 2 médicos de medicina geral e familiar 24h por dia, que asseguram o atendimento geral, contratados por uma empresa de prestação de serviços.

A equipa assegura o funcionamento do serviço, distribuídos da seguinte forma:

➤ Enfermeiros: 4 no turno da manhã, 4 do turno da tarde e 2 no turno da noite para assegurar o serviço de urgência de acordo com os postos de trabalho atribuídos (balcão, triagem e SO) e 1 enfermeiro 24h por dia que assegura o meio SIV em colaboração com 3 enfermeiros do INEM.

➤ Médicos: 2 médicos de medicina Geral e familiar, um internista, um cirurgião, um ortopedista e um anestesista.

➤ Assistentes operacionais: 2 no turno da manhã, 2 no turno da tarde e 1 no turno da noite;

➤ Administrativos: 2 no turno da manhã, 2 no turno da tarde e 1 no turno da noite;

Para além destes recursos humanos, existe ainda uma técnica de imunohemoterapia e um técnico de imagiologia em presença física durante 24h, assegurando o serviço de

Projeto Individual- Estágio Final

laboratório e imagiologia respetivamente. Existe também um médico radiologista que se encontra de prevenção.

A equipa de enfermagem do SU assegura os cuidados aos utentes pelo método individual de trabalho, ou seja são responsáveis pelos cuidados que são prestados aos utentes naquele, e não existe continuidade de cuidados , nem enfermeiro de referência. Em cada turno existe um enfermeiro responsável pelo serviço de enfermagem e que faz a gestão dos cuidados e da equipa de enfermagem, é chamado o enfermeiro responsável de turno.

O serviço de urgência situa-se no 1º piso do edifício hospitalar e está distribuído pelos seguintes espaços: zona de entrada, Balcão, sala de triagem, sala de diretos/reanimação, sala de pequena cirurgia, sala da direção de serviço; balcão 2, sala de especialidades, sala de Pausa, Sala de exames, Sala de arrumos, Serviço de observação, corredor do SU, copa, instalação sanitárias para os utentes e outra para funcionários, sala de sujos, base do INEM e balcão de Ortopedia.

Por fim, sendo o estágio final uma unidade curricular a desenvolver, existe a necessidade de definir objectivos e atividades a atingir e desenvolver. Assim, Seguem-se as actividades delineadas segundo as competências do enfermeiro especialista.

1.2 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns do enfermeiro especialista são competências clínicas e especializadas , no qual todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns - a actuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. (ordem dos enfermeiros, 2010)

Segundo Lucília Nunes “Se aceitarmos que a profissão de enfermagem *tem uma tripla orientação no que diz respeito ao que realiza em nome do ser humano (ética), em nome da profissão (deontologia) e em nome da sociedade (moral)* então, ao cuidar de uma Pessoa, teremos necessidade de instrumentos e habilidades de géneros diferentes,

Projeto Individual- Estágio Final

como são os de ordem técnico-científica e os de ordem moral. Assim surgem as duas primeiras competências que pertencem ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal e na qual são importantes na aquisição de competências do enfermeiro especialista

Competência A1 e A2:

- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de investigação
- Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Ações Planeadas:

- ✓ Participação de forma ativa na tomada de decisão em equipa, sendo reconhecida e consultada nos processos de tomada de decisão.
- ✓ Planear as atividades diárias com o enfermeiro chefe com conhecimentos e ações éticas, baseadas no respeito pelo utente e família, tendo em conta, sempre que possível os seus valores, crenças e desejos;
- ✓ Promover a protecção dos direitos humanos
- ✓ Gerir na equipa de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, privacidade ou dignidade do utente.

Avaliação:

- ✓ Basea a prática e tomada de decisão, tendo em conta o Código Deontológico.
- ✓ Promove o exercício profissional de acordo com o código deontológico na equipa de enfermagem onde está inserido
- ✓ Adapta e promove medidas adaptadas ao utente segundo as competências especializadas e evidência científica
- ✓ Discute com a equipa as questões éticas mais complexas.
- ✓ Promove a proteção dos direitos humanos;
- ✓ Promove o respeito pelo direito dos doentes/família no acesso à informação;

Projeto Individual- Estágio Final

Competencia B1, B2 e B3

- Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica
- Concebe, gere e elabora programas de melhoria contínua da qualidade
- Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro

Ações Planeadas:

- ✓ Levantamento com a enfermeira chefe da necessidade de projectos que poderão ser melhoria contínua da qualidade no serviço
- ✓ Participação em projectos na área da melhoria da qualidade no serviço
- ✓ Colaboração com a enfermeira chefe na avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, tendo por base a evidencia científica existente
- ✓ Liderar e planejar programas de melhoria
- ✓ Identificar situações de risco real ou potencial para o doente/família e profissionais no serviço
- ✓ Criação de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção dos utentes e família.
- ✓ Gerir o risco existente a nível das instituições e caso necessário encaminhar á saúde ocupacional
- ✓ Reunir com a enfermeira chefe e implementar estratégias no seio da equipa que visem diminuir o risco associado à prestação de cuidados;
- ✓ Incentivar a notificação do risco clinico e não clinico sempre que este se verifique, desmistificando a política punitiva.

Avaliação:

- ✓ Colabora na realização de actividades na área da qualidade e em protocolos da qualidade
- ✓ Comunica resultados das suas actividades institucionais na área da qualidade á enfermeira chefe e aos enfermeiros do serviço.

Projeto Individual- Estágio Final

- ✓ Demostram conhecimentos fundamentados na área da qualidade na prestação de cuidados ao utente.
- ✓ Acede á evidencia científica e ás normas necessária para avaliação da qualidade
- ✓ Utiliza indicadores de avaliação da estrutura ao nível da organização, recursos humanos e materiais.
- ✓ Intervém em planos de gestão de risco com a equipa
- ✓ Identifica oportunidades de melhoria.
- ✓ Estabelece prioridades de melhoria.
- ✓ Selecciona estratégias de melhoria.
- ✓ Elabora guias orientadores de boa prática.
- ✓ Colabora com a enfermeira chefe na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros
- ✓ Implementa medidas de prevenção e controlo de infeção junto da equipa especializada
- ✓ Incentiva a notificação dentro da equipa
- ✓ Envolve a equipa na gestão de risco
- ✓ Adapta medidas de proteção individual durante prestação de cuidados;

Competência C1 e C2

- Gere os cuidados , otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional
- Adapta a liderança e a gestão de recursos ás situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados

Ações Planeadas:

- ✓ Optimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão
- ✓ Orientar e supervisionar as tarefas delegadas garantindo a segurança e qualidade
- ✓ Realizar as gestão dos cuidados otimizando o trabalho da equipa e adequando os recursos ás necessidades dos cuidados
- ✓ Adaptar o estilo de liderança e adequa-lo ao clima organizacional obtendo a melhor resposta da equipa.
- ✓ Adequar os recursos ás necessidades dos cuidados

Projeto Individual- Estágio Final

Avaliação :

- ✓ Demonstra disponibilidade e colabora nas decisões da equipa ,multidisciplinar
- ✓ Reconhece a necessidade de referenciar o utente para outros prestadores de cuidados
- ✓ Orienta a decisão relativamente á tarefa de delegar
- ✓ Supervisiona as tarefas delegadas garantindo a segurança e a qualidade
- ✓ Organiza e coordena a equipa de prestação de cuidados
- ✓ Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade.
- ✓ Aplica estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado e resolução de necessidades do serviço.
- ✓ Usa métodos de mudança para a introdução de inovações na prática especializada.

Competência D1 e D2

- Desenvolve o auto- conhecimento e a assertividade.
- Baseia a sua praxis clinica em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Ações Planeadas:

- ✓ Responsabilizar-se pelas atitudes enquanto pessoa e enfermeiro
- ✓ Reconhecer os recursos e limites pessoais e profissionais .
- ✓ Consciencializar a influência pessoal na relação profissional.
- ✓ Gerir sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente.
- ✓ Gerir respostas de elevada adaptabilidade individual e organizacional
- ✓ Refletir sobre comportamentos em situações de emergência
- ✓ Responsabilizar-se pelo reconhecimento de necessidades formativas no serviço em doente critico e emergência
- ✓ Demonstrar conhecimentos científicos e aplica-los na prestação e cuidados especializados e seguros
- ✓ Diagnosticar necessidades formativas no serviço com a enfermeira chefe
- ✓ Implementar procedimentos , politicas e padrões no serviço
- ✓ Diagnosticar com a enfermeira chefe uma área onde se possa desenvolver um projeto,

Avaliação

- ✓ Interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais identificando factores e demonstrando autoconhecimento
- ✓ Desenvolve o autoconhecimento para facilitar a identificação de factores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e/ou a equipa multidisciplinar.
- ✓ Gere as capacidades na construção dos processos de ajuda.
- ✓ Actua eficazmente em contexto de stress e tensão..
- ✓ Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade.
- ✓ Utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos
- ✓ Gere sentimentos e emoções de forma a favorecer uma resposta eficaz e eficiente.
- ✓ Demonstra conhecimentos e aplica-os na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes
- ✓ Tem iniciativa na formulação e implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica e especializada
- ✓ Realiza formação nas áreas necessárias e participa como formanda
- ✓ Desenvolve projeto de intervenção no serviço de acordo com as fases da metodologia de projeto e pesquisa científica

1.3 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Os cuidados de enfermagem á pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua á pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta ás necessidades afectadas e permitindo manter as funções básicas da vida , prevenindo complicações e limitando capacidades, tendo em vista a sua recuperação total (ordem dos enfermeiros, 2010).

Estes são cuidados especializados que exigem uma monitorização contínua e especializada que devemos ter ao doente critico e de forma continua.

Projeto Individual- Estágio Final

Competência K1

- Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica ou falência orgânica

Ações Planeadas

- ✓ Gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos
- ✓ Fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas
- ✓ Assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.
- ✓ Gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde
- ✓ Gerir o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica
- ✓ Prestar cuidados à pessoa em situação crítica, na maior diversidade e especificidade de doentes no serviço de urgência do HSLE e UCI do Hospital Infanta Cristina
- ✓ Realizar estágio na VMER de Portalegre de forma a perceber as intervenções que se são realizadas em contexto pré-hospitalar
- ✓ Realizar estágio na unidade de hemodinâmica e unidade de cárdio-torácica para aquisição de conhecimentos em doente crítico em outras circunstâncias
- ✓ Realizar a avaliação das intervenções realizadas com o/a enfermeiro/a responsável.

Avaliação:

- ✓ Demonstra conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa em situação crítica e ou falência orgânica;
- ✓ Demonstra conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação em pessoa com “barreiras à comunicação”;
- ✓ Adapta a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica;
- ✓ Inicia a relação terapêutica, reconhecendo as dificuldades da relação perante a

Projeto Individual- Estágio Final

pessoa com dificuldades de comunicação;

- ✓ Seleciona e utiliza de forma adequada, as habilidades e atitudes a desenvolver na relação terapêutica com o doente /família;
- ✓ Avalia o processo de relação estabelecida com a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.
- ✓ Identifica e responde prontamente a focos de instabilidade ao doente crítico
- ✓ Executa cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos á pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica
- ✓ Demonstra conhecimentos e habilidades em SBV e SAV
- ✓ Diagnostica precocemente as complicações que resultam da implementação de protocolos terapêuticos complexos.
- ✓ Identifica evidências fisiológicas emocionais de mal estar e intervém de forma a resolver as situações.
- ✓ Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate á dor e demonstra conhecimentos e habilidades de medidas não farmacológicas para a dor.

Competência K2

- Dinamiza a resposta a situações ou emergência multi-vítima, da conceção á ação

Ações Planeadas

- ✓ Conceber em articulação com o nível estratégicos, os planos de catástrofe ou emergência
- ✓ Gerir os cuidados e planear respostas concretas a pessoas em situação de emergência multivítima ou catástrofe

Avaliação

- ✓ Demonstra conhecimento do Plano Nacional e Distrital para a catástrofe e emergência
- ✓ Colabora na revisão do plano de emergência e catástrofe do serviço de Urgência
- ✓ Atribui graus de urgência e decide a sequencia de actuação em caso de multivítimas

Projeto Individual- Estágio Final

Competência K3

- Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

Ações planeadas

- ✓ Demonstrar conhecimentos na área da prevenção e controlo da infeção como resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica
- ✓ Colaborar com a enfermeira responsável pela GCL-PPCIRA do HSLE e diagnosticar as áreas do serviço onde é necessário intervir e realizar formação em serviço.
- ✓ Diagnosticar com a enfermeira chefe necessidade de formação em controlo de infeção no serviço
- ✓ Demonstrar conhecimentos sobre a existência de documentos no serviço de urgência sobre o controlo de infeção
- ✓ Adaptar medidas de prevenção e controlo de infeção na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

Avaliação

- ✓ Realiza diversas pesquisas sobre o controlo de infeção, normas e regras de segurança e actualiza conhecimentos.
- ✓ Possui conhecimento do plano de controlo de intervenção, respeitando as suas normas e indicações e dos documentos existentes no serviço
- ✓ Demonstra interesse na área de higiene hospitalar e diagnostica as necessidades de formação na área da prevenção e controlo de infeção
- ✓ Adequa a prática no cumprimento das normas em vigor do controlo de infeção;
- ✓ Estabelece os procedimentos necessários perante as medidas de isolamento e vias de

Projeto Individual- Estágio Final

transmissão na UCI e no Serviço de Urgência sempre que necessário

- ✓ Supervisiona os procedimentos no âmbito do controlo de infeção na UCI e serviço de urgência
- ✓ Estimula a equipa a cumprir as normas estabelecidas no âmbito do controlo de infeção a todos os utentes

1.4 COMPETÊNCIAS DE MESTRE

Ao longo do estágio pretende-se também desenvolver competências na área de Mestre.

O Mestre em enfermagem:

1. Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada
2. Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência
3. Tem capacidade para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais
4. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
5. Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;
6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular
7. Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade. (AESES, 2017)

Projeto Individual- Estágio Final

CONCLUSÃO

Como me foi proposto inicialmente foi realizado um projeto individual onde foram delineadas as acções e respectiva avaliação dentro das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa em situação crítica que pretendo realizar até ao final do período de estágio e terminar com a realização do relatório

A elaboração deste documento revela-se de extrema importância uma vez que estrutura e projecta as acções dentro das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista e que termina com a realização de um artigo e de um relatório. A realização deste projeto permitiu-me também reflectir sobre o meu percurso académico e profissional e definir objectivos para o futuro, bem como a descrição dos serviços que vou percorrer

Para realização de estágio final escolhi o serviço da UCI no Hospital Infanta Cristina em Badajoz uma vez que é um serviço capaz de responder aos meus objectivos iniciais e importante para eu desenvolver as competências na pessoa em situação crítica. Foi também escolha minha o serviço de urgência do HSLE, uma vez que é neste serviço que vou desenvolver o relatório final, e terei que levantar o diagnóstico.

Tendo em conta a caracterização dos serviços foram traçado objectivos para serem atingidos, uma vez que um projeto não é apenas uma ideia, mas sim uma intenção e compromete-se com a acção e transformação do real.

Posso concluir que a realização deste projeto é a continuação de um grande caminho que ainda existe a percorrer para a minha formação e construção académica de Especialista e Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica A pessoa em situação crítica.

Projeto Individual- Estágio Final

BIBLIOGRAFIA:

- ✓ APA (Internet). American Psychological Association (ultimo acesso em 5 novembro de 2016). Disponível em: <http://www.apa.org>
- ✓ AESES. (2017). Regulamento do funcionamento do mestrado em enfermagem. Retrieved from www.dre.pt
- ✓ Nunes;Lucilia (Maio,2006): Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem
- ✓ Ruivo, M., Nunes, L., & Ferrito, C. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. Percursos, 15, 1–38. <https://doi.org/ISSN 1646-5067>

Legislação

- ✓ Ordem Enfermeiros b) (2015). REPE Estatuto Ordem Enfermeiros, disponível www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/.../nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- ✓ Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica*. Ordem Dos Enfermeiros. Lisboa.
- ✓ Ordem dos Enfermeiros (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa.
- ✓ Regulamento n.º 190/2015 de 23 de abril de 2015. *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Diário da República, 2ª serie, N.º 79, 10087. acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_190_2015_Regulamento_do_Profil_de_Competicencias_Enfermeiro_Cuidados_Gerais.pdf, a 29 de Setembro de 2017
- ✓ Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho de 2015. *Ordem dos Enfermeiros - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Diário da República. Acedido em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulam>

Projeto Individual- Estágio Final

ento_361_2015_PadreesQualidadeCuidadosEspEnfPessoaSituacaoCritica.pdf, a 29 de Setembro de 2017

- ✓ Regulamento Dos Padrões De Qualidade Dos Cuidados Especializados Em Enfermagem Em Pessoa Em Situação Crítica (2011). Ordem Enfermeiros

Sites:

- ✓ Hospital Universitario Infanta Cristina (2017) – *Misión y Objetivos*. Acedido em http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142426191993&language=es&pagename=HospitalInfantaCristina%2FPage%2FHFSUR_contenidoFinal, a 19 de maio de 2017
- ✓ www.areasaludbadajoz.com/index.php/atencion-hospitalaria/53-anestesiologia-y-reanimacion
- ✓ ULSNA- Serviço Nacional de Saúde. (2016). Retrieved March 28, 2018, from <http://www.ulsna.min-saude.pt>

Cronograma de Atividades do Estágio Final

Projeto Individual- Estágio Final

Tabela 1- Cronograma de Atividades

Meses Atividades	Setembro		Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro				Fevereiro				Março			
	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s
Conhecer o Serviço da UCI em Badajoz e reunião com a Professora Graça																										
Entrega do projeto de Estágio																										
Reunir com a enfermeira chefe da Urgência e professora Céu para definir tema do relatório																										
Preparação do documento da proposta do mestrado																										
Entrega do documento de proposta de mestrado e pedidos de parecer à comissão de ética																										
Reunião com a professora Graça em Badajoz- Estágio																										
Reunião com a enfermeira chefe do serviço e com a professora Çéu, realização do diagnóstico de situação																										
Planeamento das actividades do relatório																										
Estagio no serviço de Urgência de Elvas para realização de relatório e realização de artigo científico e entrega																										
Realização do relatório final, reunião com a professora Céu e com a enfermeira orientadora do serviço																										
Realização e entrega do Relatório Final																										

**APÊNDICE II - Plano e Cronograma para a Realização da
Intervenção Profissional Major no Serviço de Urgência**

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos		Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	
Diagnosticar necessidades de formação na Urgência em SBV/DAE	Reunião com Enf. ^a Chefe, Enf. ^a Supervisora e Docente Responsável; Apresentar projeto à equipa de enfermagem, solicitando colaboração e preenchimento de consentimento informado; Realizar questionário aos enfermeiros do SU Analisar dados recolhidos, de acordo com o inquérito e identificar necessidades formativas em SBV/DAE	-Responsável do projeto -Equipa de enfermagem -Enf. ^a chefe - Enf. ^a supervisora -Docente responsável	Questionário estruturado para os enfermeiros do SU Bibliografia sobre SBV/DAE	80% dos enfermeiros do SU realizem revalidação em SBV/DAE.
Aumentar o número de enfermeiros com SBV/DAE atualizado no Serviço de Urgência	Fazer formação no serviço de urgência em SBV/DAE	-Responsável do projeto -Equipa de enfermagem - Enf. ^a supervisora -Docente responsável	Manequim, monitor com DAE Bibliografia sobre SBV/DAE	Que 80% dos enfermeiros realizam formação e pratica simulada em SBV/DAE
Realizar formação com base na simulação clinica	Realizar prática simulada no serviço de Urgência Avaliar resultados através da grelha de avaliação	-Investigador do projeto -Equipa de enfermagem -Enf. ^a chefe - Enf. ^a supervisora -Docente responsável	Manequim, monitor com DAE Bibliografia sobre SBV/DAE Grelha de avaliação	Pelo menos 80% dos enfermeiros adquiram a revalidação do SBV/DAE

Tabela 1:Planeamento das atividades a realizar, recursos e indicadores de avaliação

ATIVIDADES	MESES/ANO																							
	Outubro/17				Novembro/17				Dezembro/17				Janeiro/18				Fevereiro/18				Março/18			
	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s
Reunião com Enf. ^a Chefe e Enf. ^a Supervisora	X	X																						
Reunião com docente responsável, Enf. ^a chefe e Enf. ^a supervisora				X																				
Elaboração da proposta de projeto de relatório de estágio da UE			X	X																				
Entrega da proposta de projeto de relatório de estágio da UE					X																			
Elaboração do questionário para identificação de necessidades					X	X																		
Aplicação do questionário no serviço de urgência							X	X	X															
Análise dos dados obtidos										X	X	X												
Realizar formação em SBV/DAE com recurso a prática simulada com grupos de 3 a 4 pessoas no serviço de urgência.													X	X	X	X								
Avaliação dos resultados																	X	X						
Redação do relatório de estágio para entrega.																			X	X	X	X	X	
Entrega do relatório final na UE																								X

**APÊNDICE III - Questionário realizado aos enfermeiros do SU para
caracterização da amostra**

Questionário de caracterização Sociodemográfico e da Necessidade Formativa em SBV/DAE

O International Liaison Committee on Resuscitation de cinco em cinco anos realiza alterações às guidelines de reanimação cardiopulmonar (RCP), tendo por base as evidências científicas dos anos anteriores. Tais alterações implicam a atualização frequente dos enfermeiros, no sentido de melhorar as condições de segurança dos doentes. (Hazinski et al., 2015)

Segundo Greif et al (2015), as competências em RCP degradam-se em 3 a 6 meses após o último momento formativo, razão pela qual os autores defendem que os enfermeiros devem realizar um treino frequente, para manter as suas competências, tão determinantes na segurança da pessoa em situação crítica.

No âmbito do mestrado e decorrer do estágio final foi identificada a necessidade de melhorar o desempenho dos enfermeiros do serviço de Urgência de Elvas em SBV/DAE. O recurso à prática simulada pareceu-me ser a boa estratégia na revalidação da competência em SBV/DAE, que atua como determinante na segurança do doente crítico no SU.

Questionário de caracterização Sociodemográfico e da Necessidade Formativa em SBV/ DAE

Escala Etário	21 - 30		31 - 40		41 - 50			51 - 60	
Sexo	Masculino				Feminino				
Anos Serviço	0 - 5	6 - 10	11 - 15	16 - 20	21 - 25	26 - 30	31 - 35	36 - 40	
Anos SU									
Enfermeiro Especialista	Sim				Não				
Se sim, qual a Área	Saúde Comunitária	Médico Cirúrgica	Saúde Mental e Psiquiatria	Saúde infantil e pediatria	Saúde Materna e Obstetria		Reabilitação		

Conhecimentos, Competências e treino em SBV/DAE:

Tem formação em SBV	Sim		Não
Tem formação em SBV/DAE	Sim		Não
Se respondeu sim à segunda pergunta, precise a data da última formação	Antes 2010	Entre 2010 - 2015	Após 2015
Se respondeu sim à segunda pergunta, indique se foi um curso formal	Sim		Não
Qual foi a última vez que realizou prática simulada em SBV/DAE?	Antes 2010	Entre 2010 – 2015	Após 2015
Considera que o treino regular de competências em SBV/DAE é importante para o seu desempenho no SU?	Sim		Não
Considera que cumpre o algoritmo de SBV/DAE corretamente?	Sim		Não
Tem conhecimento das alterações emanadas pelo ERC em 2015, relativamente às guidelines de SBV de 2010?	Sim		Não
Genericamente, como classifica a dinâmica da equipa de enfermagem do SU durante uma PCR?	Boa	Razoável	Má
Considera que a dinâmica pode ser melhorada através da prática simulada?	Sim		Não

**APÊNDICE IV - Projeto Prevenção e Controle de Infecção: Higienização das
Mãos no Serviço de Urgência**

Planeamento do Projeto

Autores: Sónia Azeitona Bilro/ Sandra Silveira/ Ana Mafalda Balsas	
Instituição: ULSNA, EPE - Hospital Santa Luzia de Elvas	Serviço: Urgência
Título do Projeto: Higienização das Mãos no Serviço de Urgência	

Definição do Problema

Diagnóstico de situação

Definição geral do problema

A higienização das mãos dos profissionais do serviço de urgência não é efetuada de acordo com a norma da DGS, nem na sua técnica, nem nos momentos preconizados para a sua execução.

Análise do problema

Ao longo da prática diária, nota-se uma fraca adesão à higienização das mãos dos profissionais no serviço de urgência. Para obter dados concretos, durante a primeira semana de estágio foram realizadas 24 observações em 14 enfermeiros, 5 assistentes operacionais (AO's) e 5 médicos especialistas.

Para tal foi utilizada o formulário de observação da OMS, disponibilizado pela DGS inserido no programa: “*Medidas simples, salvam vidas*”.

Não sendo esta uma amostra ainda significativa pois não engloba todos os profissionais e foi efetuada apenas uma observação por profissional, é-nos útil para fazer o diagnóstico da situação para este projeto de intervenção.

Foi realizado o cálculo, com o formulário de cálculo básico da DGS, com a fórmula:

$$\text{Adesão} = \frac{\text{n.º higienizações realizadas}}{\text{N.º ações requeridas}}$$

Verificamos que das 115 oportunidades existentes, apenas 61 foram efetuadas, o que corresponde a uma taxa de **adesão de 53,04% no total** das observações, nos 3 grupos profissionais.

Tendo em conta os critérios de avaliação da DGS, este é um resultado satisfatório. No entanto, ao efetuarmos a análise por grupo profissional, verificámos que:

Os **enfermeiros** apresentam uma taxa de adesão de **58,7%**, os **médicos** apresentam uma taxa de adesão de **52 %** e os **AO's** uma taxa de adesão de **35 %**.

Tal como acontece nos serviços de internamento, os enfermeiros são o grupo profissional com maior adesão à técnica correta da higiene das mãos. No entanto, os AO's são o grupo com menor adesão a esta

prática no nosso serviço, ao contrário dos médicos que tem uma adesão que se situa muito perto dos enfermeiros.

Embora a análise dos resultados do total das observações se encontre satisfatória no global, os AO's são avaliados no critério razoável.

No entanto com estes números ainda nos encontramos abaixo da taxa global de adesão à higiene das mãos em 2015 nos serviços de urgência que aderiram ao programa nacional em Portugal. No total há uma taxa de adesão de 79,8%, sendo que os médicos tinham uma adesão de 74,3%, os enfermeiros de 84,9%, os assistentes operacionais de 66,4% e outros técnicos de 85,8%.(PPCIRA, D.N., 2016)

Para além das observações da higiene das mãos, um outro indicador definido pela OMS é a avaliação do consumo de SABA nos serviços.

Esta monitorização foi feita em todos os serviços da nossa unidade de saúde e no serviço de urgência em 2015 nota-se uma diminuição do consumo de SABA. (Newparth et al., 2015)

Consideramos como prováveis causas deste problema: um problema cultural, onde os profissionais não atribuem a devida importância à higienização das mãos, apesar das múltiplas campanhas, ouvindo ainda muitas vezes "... antigamente não era preciso tanta coisa...". Também o aumento do n.º de doentes que recorrem ao serviço de urgência, a falta de condições físicas e o reduzido número de profissionais contribui para a não adesão à Higiene das Mãos.

Alguns dispensadores de SABA estão colocados em locais pouco acessíveis a quem se desloca constantemente no serviço.

Não existe informação dirigida aos doentes e familiares e estes não são instruídos para a sua realização.

Perante os problemas parcelares identificados, consideramos que a prioridade é a sensibilização dos profissionais para a importância da técnica; colocar mais dispensadores de SABA, com cartazes informativos dirigidos aos utentes e famílias e a realização de ensinios.

A Comissão de Controlo de Infecção da nossa instituição, em 2013, editou um procedimento de qualidade sobre a higiene das mãos, resultante da norma da DGS que serve de orientação para a realização da higiene das mãos dos profissionais de saúde.

Da monitorização da higienização das mãos efetuada nos serviços de internamento, desde 2009, a melhoria dos resultados tem sido notória ao longo dos anos.(Newparth, Manuel; Rasquilha, 2015) O serviço de urgência é um serviço que, pela afluência de doentes com múltiplas patologias, é considerado como local ótimo para o desenvolvimento de microrganismos e consequentemente para o aumento da IACS, no entanto o nosso serviço não foi englobado na campanha nacional.

Será objetivo a curto prazo inserir o serviço de urgência na campanha Nacional, justificando este projeto.

Enquadramento Teórico

A segurança do doente tem-se assumido como componente chave da qualidade dos cuidados, tanto para os doentes, que se desejam sentir seguros, como para os profissionais, que pretendem prestar cuidados seguros, eficientes e efetivos. (DQS, DGS, 2017)

A IACS é um problema importante para a segurança do doente e a sua prevenção deve ser uma prioridade para as unidades de saúde, de forma a prestar cuidados mais seguros. (Who, 2009)

De acordo com o PNCI (2010) “estudos feitos já a partir de 1979, demonstram que a diminuição da transmissão de infeção hospitalar está ligada à frequente lavagem das mãos pelos profissionais de saúde”.

Para Wilson (2003), as mãos dos profissionais são o veículo mais comum de transmissão de microrganismos de doente para doente, e estão frequentemente implicadas como via de transmissão de surtos de infeção. Este procedimento constitui uma ação simples, acessível, rápida e que continua a ser uma das principais medidas para reduzir as IACS's em todo o mundo.

Desde 2004 que a OMS, iniciou o desenvolvimento de programas, planos e estratégias de controlo de infeção associada aos cuidados de saúde, no programa “Clean Care is Safer Care

Inserido neste programa, a DGS aderiu à campanha da higienização das mãos em 2008.

Portugal regulamenta este procedimento na Circular Normativa da DGS N.º13 de 14 de Junho de 2010 – **Orientação de Boa Prática para a Higiene das mãos nas Unidades de Saúde** que determina que a higiene das mãos é uma das medidas mais simples e mais efetiva na redução da infeção associada aos cuidados de saúde. “Os profissionais de saúde devem proceder à higiene das mãos de acordo com o modelo conceptual proposto pela OMS, designado por os “Cinco Momentos” e devem assumir o compromisso de alertar doentes, visitas, fornecedores e voluntários para a importância desta prática, sendo da responsabilidade do órgão de gestão da unidade de saúde, fornecer os produtos em quantidade e qualidade, dispondo-os nos locais estratégicos e acessíveis a todos.” (DGS, 2010)

Os cinco momentos preconizados pela OMS para a higienização das mãos são: 1. **Antes do contacto com o doente**; 2. **Antes de procedimentos limpos/assépticos**; 3. **Após risco de exposição a fluidos orgânicos**; 4. **Após contato com o doente**; 5. **Após contato com o ambiente envolvente do doente**. (DGS, 2010)

A monitorização dos cinco momentos de higiene das mãos por observação direta é uma prática padrão recomendada pela OMS e constitui uma medida crítica para a prevenção de infeções associadas à saúde. (Arias, Garcell, Ochoa, Arias, & Miranda, 2016)

Atualmente está em vigor o plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020, criado pelo despacho n.º 1400A/ 2015, de 10 de fevereiro de 2015, que é coordenado pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção Geral da Saúde e constitui-se como um instrumento de apoio a gestores e clínicos na aplicação de boas práticas de segurança. Visa atingir o objetivo estratégico: Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos. Tem como metas para o final de 2020: 1) atingir uma taxa de prevalência de infeção hospitalar de 8%; 2) Reduzir em 50% face a 2014, o consumo

de antimicrobianos; 3) Atingir uma taxa de MRSA de 20%; 4) Reduzir em 50% face a 2014, o consumo de carbapenemes.(DGS, 2015), sendo que a higiene das mãos está inserida na “**Estratégia Multimodal de Promoção das PBCI**” da DGS.

PLANEAMENTO DO PROJETO

OBJETIVO GERAL

Sensibilizar os enfermeiros e assistentes operacionais do serviço de urgência para a execução correta da técnica de higienização das mãos de forma a diminuir a IACS.

OBJETIVOS Específicos

- Aumentar a taxa de adesão dos enfermeiros à técnica de higienização das mãos em pelo menos 10%.
- Aumentar a taxa de adesão dos AO's à técnica de higienização das mãos em pelo menos 20%.
- Facilitar acesso dos doentes e familiares à informação sobre a higienização das mãos.

Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção

Enfermeira Chefe do Serviço; Enfermeira do GCL-PPCIRA do HSLE; Elo de Ligação do GCL-PPCIRA; Interlocutor da gestão do risco do serviço;

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos Humanos	Ind. Avaliação
- Aumentar a taxa de adesão dos enfermeiros à técnica de higienização das mãos em pelo menos 10%.	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar projeto à equipa de enfermagem; - Elaborar IT para enfermeiros de higienização das mãos no serviço de urgência; - Solicitar validação pela Enf.ª Chefe e pelos elementos da equipa de enfermagem; - Facilitar o acesso dos profissionais aos dispensadores de SABA; - Identificar locais para a colocação de mais dispensadores se necessário; - Solicitar a sua aquisição e montagem; - Realizar formação em serviço para enfermeiros a pelo menos 80% da equipa. 	<ul style="list-style-type: none"> -Dinam. do projeto -Enfermeira Chefe -Enf.ª do GCL-PPCIRA -Elo do serviço -Equipa de enfermagem 	Atingir uma taxa de adesão de pelo menos 68,7%
- Aumentar a taxa de adesão dos AO's à técnica de higienização das mãos em pelo menos 10%.	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar projeto à equipa de AOs; - Elaborar IT para AOs, de higienização das mãos no serviço de urgência; - Solicitar validação pela Enf. Chefe; - Facilitar o acesso dos profissionais aos dispensadores de SABA; -Realizar formação em serviço para AO's a pelo menos 80% da equipa. 	<ul style="list-style-type: none"> -Dinam. do projeto -Enfermeira Chefe -Enfermeira do GCL-PPCIRA -Elo do serviço 	Atingir uma taxa de adesão de pelo menos 55%

		-Equipa AO's	
-Fornecer informação aos doentes e acompanhantes sobre importância da higienização das mãos	<ul style="list-style-type: none"> - Solicitar cartazes junto do GCL_PPCIRA; - Identificar locais de colocação; - Afixar cartazes dirigidos aos doentes, acompanhantes e visitas; - Realizar ensino aos doentes e família. 	<ul style="list-style-type: none"> -Dinam. do projeto -Enfermeira chefe -Enfermeira do GCL-PPCIRA 	Cartazes afixados nos na sala de espera, corredor, balcões de atendimento e SO.

Referências Bibliográficas

- Arias, A. V., Garcell, H. G., Ochoa, Y. R., Arias, K. F., & Miranda, F. R. (2016). Assessment of hand hygiene techniques using the World Health Organization's six steps. *Journal of Infection and Public Health*, 9(3), 366–369. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2015.11.006>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*. Obtido de <https://dre.pt/application/file/6645715>
- Newparth, Manuel; Rasquilha, P. (2015). Hospital Santa Luzia de Elvas RELATÓRIO DA Auditoria Às Precauções Básicas Análise Evolutiva Da Adesão À Higiene Das Mãos Dados de 2015.
- Portugal, M. da S. (2015). Despacho n.º 1400-A/2015. *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 - Diário da República*, 2.ª série(28), 3882(2)-(10). Obtido de <https://dre.pt/application/file/66457154>
- PPCIRA, D. N. do. (2016). Relatório Auditoria Às precauções básicas de Controlo de Infecção e Monitorização da Higiene das Mãos Análise evolutiva 2014-2015.
- Saúde, D. G. de. (2010). Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. *Circular Normativa Nº 13, 1*, 44.
- Who. (2009). on Hand Hygiene in Health Care First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. *World Health*, 30(1), 270. <https://doi.org/10.1086/600379>
- Wilson, J. (2003). *Controlo de Infecção na Prática Clínica*. 2ª Edição. Loures: Lusociência
- Sites**
- <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/politica-nacional-para-a-qualidade-na-saude/estrategia-nacional-para-a-qualidade-na-saude-2015-2020.aspx> último acesso em 18/3/2017
- <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/politica-nacional-para-a-qualidade-na-saude/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2015-2020.aspx> ultimo acesso em 18/3/2017

Tabela 1 – Cronograma de atividades

Atividades	Abril				Maio				Junho				Julho			
	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s
Apresentar projeto à equipa de Enfermagem e AOs																
Elaborar IT para higienização das mãos enfermeiros																
Validação IT																
Elaborar IT para higienização das mãos Aos																
Validação IT																
Afixar cartazes																
Formação em serviço Enf. – G1																
Formação em serviço Enf. –G2																
Formação em serviço AO – G1																
Formação em serviço AO – G2																
Avaliação através da observação																
Análise de dados																
Divulgação resultados																

Font in: própria

APÊNDICE V - Projeto de Intervenção em situação de catástrofe

Planeamento do Projeto

Autores: Sónia Azeitona Bilro/Sandra Silveira/Ana Mafalda Balsas	
Instituição: ULSNA, EPE - Hospital Santa Luzia de Elvas	Serviço: Urgência
Título do Projeto: Plano de emergência Externa: Atuação em situação de catástrofe	

Definição do Problema

Diagnóstico de situação

Definição geral do problema

O plano de atuação em situação de catástrofe não está atualizado e a equipa não tem formação recente nesta área.

Análise do problema

O Hospital de Santa Luzia está localizado numa área geográfica onde existem fatores que podem influenciar a existência de uma catástrofe. São eles: hospital localizado numa zona transfronteiriça, localidade situada perto de uma autoestrada que liga Portugal a Espanha, cidade de Elvas recentemente classificada como património mundial, e na qual se tem desenvolvido espetáculos e manifestações culturais de grande envolvimento e atração de pessoas a este local. Para além destes fatores, o aumento do terrorismo a nível mundial e o risco de qualquer catástrofe natural poder acontecer, levam a que cada vez mais esta temática seja abordada.

Como é imprevisível a existência de uma catástrofe, a equipa multidisciplinar do serviço de urgência tem que ter conhecimentos técnicos e científicos atualizados nesta área para poder atuar eficazmente, atendendo um maior número de vítimas possível, proporcionando-lhe o melhor atendimento utilizando o maior número de recursos.

Após análise do plano existente, verificou-se que este não se encontra atualizado e que há necessidade de o atualizar.

Também se verificou que os elementos da equipa de enfermagem não possuem formação atualizada nesta área.

Para além disso, após auditoria externa do Grupo Português de Triagem relativamente à Triagem de Manchester em situação de Catástrofe, verificou-se que os kits de catástrofe não estavam adequados e que não existia treino em Triagem em Catástrofe e treino de atuação de acordo com o plano.

Enquadramento Teórico

No artigo 3.º da lei n.º 27/2006, de 3 de julho, que aprova a lei de bases da proteção civil, catástrofe é definida como “... acidente grave ou a série de acidentes graves susceptíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional.”

Esta definição surge no regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica da ordem dos enfermeiros.

Este regulamento acrescenta ainda que “A emergência multivítima envolve um número de vítimas suficientemente elevado para alterar o normal funcionamento dos serviços de emergência e a prática de cuidados de saúde. Exige um conjunto de procedimentos médicos de emergência com o propósito de salvar o maior número de vítimas e proporcionar o melhor tratamento as vítimas, fazendo o melhor uso dos recursos disponíveis”

Para Bandeira (1995), o conceito de catástrofe surge quando existe uma agregação entre o afluxo intenso de vítimas, as destruições de ordem material e a desproporcionalidade acentuada entre os meios humanos e materiais de socorro e as vítimas a socorrer.

Para Silva e Henrique (1986), citado por Santos (2008) do ponto de vista médico, catástrofe é uma situação de procura súbita, inesperada e excessiva de cuidados médicos de urgência esgotando todos os recursos disponíveis.

Tendo em conta estes conceitos e na nossa realidade da prática de cuidados, consideramos catástrofe quando algo acontece inesperadamente e que nos leva ao serviço de urgência uma procura súbita inesperada e excessiva de um número de vítimas desproporcional aos meios humanos e materiais disponíveis.

É para dar uma resposta eficaz a estas vítimas que surge este projeto de intervenção.

PLANEAMENTO DO PROJETO

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Indicadores de Avaliação
1-Rever plano emergência externa do serviço de urgência do HSLE	<ul style="list-style-type: none"> - Nomeação grupo de trabalho; - Reunião com a equipa interveniente; - Mencionar as necessidades de alteração do plano; - Efetuar as alterações do plano; - Aprovação do Plano pelo Conselho de Administração 	Plano de prontidão hospitalar em Situação de Catástrofe atualizado
2-Fazer formação a equipa multidisciplinar	Desenvolver a formação de acordo com o plano sessão (Anexo I)	Standard >= 85% do grupo formado
3-Realizar exercícios de prática simulada de Triagem em Catástrofe	<ul style="list-style-type: none"> - Criar cenários de multivítimas de acordo com os diferentes graus de alerta; -Efetuar triagem de acordo com estes cenários. 	Standard >= 85% dos enfermeiros participe no treino de triagem em Catástrofe
4-Realizar exercícios de prática simulada de atuação de acordo com Plano	<ul style="list-style-type: none"> - Criar cenários de situações de catástrofe externa; - Fazer exercícios com a equipa para atuação de acordo com plano de Catástrofe. 	Standard >= 85% da equipa participem no treino de atuação de acordo com o plano de catástrofe
5-Realizar simulacro	<ul style="list-style-type: none"> - Contactar com Conselho de Administração e entidades envolventes para realização de Simulacro (Proteção Civil, Bombeiros, Camara Municipal, PSP, GNR) - Realizar reuniões para definição de estratégias. - Realizar simulacro 	Standard 25% da equipa multidisciplinar

Referências Bibliográficas

Bandeira, R M. G. (1995). Medicina de Catástrofe da exemplificação Histórica à Iatroética. Dissertação de Doutoramento em Medicina de Catástrofe. Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Professor Abel Salazar da Universidade do Porto (PDF)

Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. (2011). Ordem Enfermeiros

Silva, A. M. (2009) Triagem de Prioridades Triagem de Manchester: dissertação de Mestrado em Medicina Catástrofe. Porto. Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade Porto (PDF)

Silva, F. Rocha; Henriques, J. (1986). *Manual de Medicina de Catástrofe*. Lisboa, Ed: INEM.

ANEXO I - Plano Da Sessão De Formação

Local: Sala reuniões serviço urgência Título: Atuação da equipa multidisciplinar em situação de catástrofe de acordo com plano de emergência externa	Grupo: Equipa multidisciplinar Duração: 4H Preletores: Enf.º interlocutor risco, Enf. ^a Chefe, Enf. ^{as} auditoras internas da Triagem de Manchester, Diretor de Serviço
---	---

Objetivos:

Geral: * Adquirir competências para atuação em situação de Catástrofe

Específicos:

* Dar a conhecer o plano de prontidão hospitalar em situação catástrofe atualizado;

* Atualizar conhecimentos no que respeita à triagem de Manchester em situação de catástrofe.

* Identificar situações em que o plano deve ser ativado;

Conteúdos	Métodos/ Técnicas de Ensino	Meios Auxiliares de Ensino	Duração
1-Introdução <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação dos preletores • Apresentação do tema e enquadramento teórico 	Expositivo	Computador/Multimédia	±10 Minutos Enf.º interlocutor risco
2- Desenvolvimento Apresentação do plano Níveis de prontidão de resposta, definidos para o serviço Tipos de alerta de acordo com os níveis Funções dos principais intervenientes no desencadeamento dos alertas	Expositivo Interativo	Computador/Multimédia Apresentação e discussão de casos práticos	50 Minutos
Normas de funcionamento do serviço de urgência em alerta.	Expositivo Interativo		20 Min.
Normas de funcionamento do serviço de urgência em alerta.	Expositivo Demonstrativo		60 Min
Triagem em situação catástrofe; Kit catástrofe	Expositivo		10 Min.

Folha triagem Encaminhamento interno de doentes. Análise de situações que possam ser reais de catástrofe para discussão em grupo	Interativo		40 Min.
3- Conclusão <ul style="list-style-type: none">• Resumo da Temática• Esclarecimento de Dúvidas• Avaliação da sessão	Expositivo	Computador/Multimédia	±20 Minutos

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Meses Atividades	Abril 18				Maio 18				Junho 18				Outubro 18				Novembro 18				Dezembro 18				Janeiro 19				fev/março 19
	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	
Revisão do plano																													
Formação (5 grupos)																													
Exercícios de prática simulada																													
Avaliação e divulgação de resultados																													
Realização de simulacro																													

APÊNDICE VI - Póster da Triagem de Manchester

Sistema de Triage de Manchester Eficácia na Prática de Enfermagem na Abordagem do Doente Crítico

Ana Mafalda Balsa¹, Sandra Maria Silveira², Sónia Azeiteiro Dile³
Doutor João Mendes⁴, Prof. António Freitas⁵

Docentes Prof.



Resumo: O Sistema de Triage de Manchester (STM) permite priorizar os doentes de acordo com a gravidade no serviço de urgência. Com este estudo pretendemos perceber qual a eficácia do STM para a prática de enfermagem na abordagem ao doente crítico. Após realização de pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas, concluímos que os doentes classificados no grau de risco mais elevado são os que necessitam de atendimento mais diferenciado. É competência do enfermeiro especialista prestar cuidados ao doente crítico. Assim, o STM é eficaz e permite a identificação rápida destes doentes e uma gestão adequada de recursos.

Palavras chave: Sistema Triage de Manchester, enfermagem, doente crítico.

Introdução

O Sistema de Triage de Manchester, é um instrumento de apoio à gestão do risco clínico no serviço de urgência, gerindo o fluxo de doentes com segurança e garantindo o atendimento imediato aos que dele necessitam. Identifica critérios de gravidade de forma objetiva e sistematizada, que indicam a prioridade clínica com que o doente deve ser atendido e tempo alvo recomendado até à observação médica.

A aplicação do STM é atribuída aos enfermeiros, que, de acordo com os fluxogramas, identificam a prioridade clínica, de forma a preservar os valores de saúde;¹ Proteger vidas humanas e saúde;² Utilizar os recursos de forma eficiente;³ Manter equidade.⁴(Wulp, 2010)

Quanto maior o grau de prioridade atribuída, maior a gravidade do doente.

É competência do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica (PSC) cuidar da pessoa a viver com processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica. A PSC é aquela "cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica." (DR, 2011)

Ao enfermeiro especialista é reconhecida competência para prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, identificando pontos de instabilidade e respondendo de forma pronta e antecipatória. (OE, 2011)

Metodologia

Tendo em conta o método de pesquisa de prática baseada na evidência, efetuamos uma revisão da literatura que nos permitisse responder à questão: Qual a eficácia do sistema de Triage de Manchester para a prática de enfermagem na abordagem ao doente crítico?

Foi utilizado o motor de busca na Internet EBSCOhost, bases de dados: MEDLINE e CINAHL Plus, site da Direção Geral de Saúde e site do Grupo Português de Triage. Regulamento das Competências Específicas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

Foram englobados na pesquisa todos os estudos quantitativos, qualitativos e mistos, publicados entre 2014 e 2017, que possuíam texto integral e cujos participantes fossem doentes que recorrem aos serviços de saúde e sejam submetidos a Triage de Manchester.



Figura 1 Fluxograma da metodologia de pesquisa

Resultados

Os 4 estudos analisados mostram que a validade do STM é considerada no nível moderado e bom. A classificação de risco atribuída pelos enfermeiros aquando da triagem corresponde na maior parte dos casos à gravidade dos doentes que dão entrada no serviço de urgência.

Segundo Zachariasse et al. (2017) o local onde é validado o sistema de triagem é importante, uma vez que a organização dos sistemas de saúde é diferente de país para país, e as características dos doentes que recorrem ao SU são diferentes.

Segundo Guedes et al., (2015) e Grifff et al. (2014), o STM mostrou ser um bom preditor para a gravidade clínica, uma vez que: houve correspondência da classificação de risco com a gravidade; os doentes com alta prioridade clínica ficam internados e o tempo de internamento é maior; os doentes com alta prioridade são os que tem mais percentagem de óbito.

Diniz, Paula, Souza, Couto, & Chianca, (2014) referem que o STM é eficaz para prever a evolução dos doentes em serviços de urgência, o que permite adotá-lo como ferramenta importante para gestão do risco clínico.

No entanto todos os estudos referem que há uma pequena sobrevalorização de atribuição de risco elevado em todas as unidades. Referem ainda que a maioria dos doentes a quem é atribuída a prioridade pouco urgente, são doentes que deviam recorrer aos cuidados de saúde primários, existindo uma necessidade de reestruturação do SNS e educação à população.

Conclusão

Após a análise dos estudos estes revelam que o STM é eficaz para priorizar os doentes de acordo com o nível de gravidade.

O STM permite: priorizar os doentes graves, protegendo a vida humana; gerir recursos, adequando-os às necessidades dos doentes; estabelecer diretrizes sendo a tomada de decisão baseada em padrões.

Os doentes classificados como emergente ou muito urgente, são doentes aos quais corresponde maior grau de gravidade, com maior taxa de internamento e também com maior taxa de óbito.

Assim, a aplicação do STM é eficaz, é uma ferramenta importante para a gestão do risco clínico e contribui positivamente para a prática diária do enfermeiro na abordagem ao doente crítico.

É competência do enfermeiro especialista prestar cuidados a estes doentes. Executar cuidados técnicos de alta complexidade, demonstrar conhecimentos adequados em SAV, diagnosticar precocemente complicações, planejar, executar e avaliar intervenções para as minimizar, fazer a gestão diferenciada da dor e do bem estar da pessoa, assistir a pessoa e família nas suas perturbações emocionais, gerir a comunicação interpessoal com a pessoa/ família e gerir o estabelecimento da relação terapêutica.

Bibliografia

1. Diniz, A. C., Paula, A., Souza, C. C., Couto, T., & Chianca, M. (2014). O uso do sistema de triagem de risco de gravidade em unidades de emergência: uma revisão de literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Urgência*, 1(1), 1-10.
2. Guedes, M. M., Mendes, J. C. A., & Chianca, T. C. M. (2015). A validade do sistema de triagem de Manchester em unidades de emergência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Urgência*, 1(1), 1-10.
3. Zachariasse, M. M., Grijff, R., van der Wal, A. C. M., van der Wal, A. C. M., & van der Wal, A. C. M. (2017). The Manchester triage system and its quality: a systematic review of validity and reliability. *Prehospital Emergency Medicine*, 22(1), 1-10.
4. Diniz, A. C., Paula, A., Souza, C. C., Couto, T., & Chianca, M. (2014). O uso do sistema de triagem de risco de gravidade em unidades de emergência: uma revisão de literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Urgência*, 1(1), 1-10.
5. Diniz, A. C., Paula, A., Souza, C. C., Couto, T., & Chianca, M. (2014). O uso do sistema de triagem de risco de gravidade em unidades de emergência: uma revisão de literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Urgência*, 1(1), 1-10.
6. Diniz, A. C., Paula, A., Souza, C. C., Couto, T., & Chianca, M. (2014). O uso do sistema de triagem de risco de gravidade em unidades de emergência: uma revisão de literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Urgência*, 1(1), 1-10.
7. Diniz, A. C., Paula, A., Souza, C. C., Couto, T., & Chianca, M. (2014). O uso do sistema de triagem de risco de gravidade em unidades de emergência: uma revisão de literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Urgência*, 1(1), 1-10.
8. Diniz, A. C., Paula, A., Souza, C. C., Couto, T., & Chianca, M. (2014). O uso do sistema de triagem de risco de gravidade em unidades de emergência: uma revisão de literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Urgência*, 1(1), 1-10.
9. Diniz, A. C., Paula, A., Souza, C. C., Couto, T., & Chianca, M. (2014). O uso do sistema de triagem de risco de gravidade em unidades de emergência: uma revisão de literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Urgência*, 1(1), 1-10.
10. Diniz, A. C., Paula, A., Souza, C. C., Couto, T., & Chianca, M. (2014). O uso do sistema de triagem de risco de gravidade em unidades de emergência: uma revisão de literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Urgência*, 1(1), 1-10.

Autores

1. Enfermeira da UH Vila, PVP, licenciada em Enfermagem Médica Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica, do Ministério da Saúde (2016/2018). Ponta, Portugal. Contacto electrónico: amafalda.balsa@nhs.uk
2. Enfermeira da UH Vila, PVP, licenciada em Enfermagem Médica Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica, do Ministério da Saúde (2016/2018). Ponta, Portugal. Contacto electrónico: sandra.maria.silveira@nhs.uk
3. Enfermeira da UH Vila, PVP, licenciada em Enfermagem Médica Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica, do Ministério da Saúde (2016/2018). Ponta, Portugal. Contacto electrónico: sonia.azeiteiro@nhs.uk
4. Professor Coordenador, Instituto de Saúde da Ponta, Ponta Superior de Enfermagem (Unidade de Saúde), Departamento de Enfermagem, Ponta, Portugal. Contacto electrónico: joao.mendes@nhs.uk
5. Professora Adjunta, Instituto Politécnico de Saúde, Ponta Superior de Saúde, Departamento de Enfermagem, Ponta, Portugal. Contacto electrónico: antonio.freitas@nhs.uk

APÊNDICE VII - Artigo científico

Resumo:

Na reanimação cardiopulmonar (RCP) é importante valorizarmos o utente como um todo que está inserido numa família, e que por vezes é esquecida. A presença da família pode ser útil para a transmissão de informação do utente e influenciar as intervenções de enfermagem.

Perante esta problemática surge a questão: **A presença da família em RCP influencia a intervenção da equipa de enfermagem?** **Método:** Revisão integrativa, realizada através da síntese dos resultados obtidos a partir de estudos reconhecidos. As fontes de dados foram estudos publicados e indexados à plataforma EBSCO. **Resultados:** Tendo em atenção os critérios de inclusão e exclusão, foram identificados 8 artigos para a elaboração desta revisão. Os estudos mencionam que a presença da família em reanimação cardiopulmonar é discutível e tem muitos fatores inerentes que a pode influenciar, mas é uma mais-valia ter um elemento na equipa de apoio à família, e existir na família um elemento treinado em reanimação cardiopulmonar. **Conclusões:** A presença da família na reanimação pode influenciar a equipa de enfermagem nas suas intervenções, a família pode ser útil e fornecer informação relevante para a continuidade de cuidados.

Palavras-chave: Reanimação cardiopulmonar; enfermagem; família

Resume:

En la RCP (reanimación cardiopulmonar) es importante valorar al usuario como un todo que está inserto en una familia, y que a veces se olvida. La presencia de la familia puede ser útil para la transmisión de información del usuario e influir en las intervenciones de enfermería.

Ante esta problemática surge la cuestión: **¿La presencia de la familia en RCP influye en la intervención del equipo de enfermería?** Método: Revisión integrativa, realizada a través de la síntesis de los resultados obtenidos a partir de estudios reconocidos. Las fuentes de datos fueron estudios publicados e indexados a la plataforma EBSCO. **Resultados:** Teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, se identificaron 8 artículos para la elaboración de esta revisión. Los estudios mencionan que la presencia de la familia en RCP es discutible y tiene muchos factores inherentes que la puede influenciar, pero es una plusvalía tener un elemento en el equipo de apoyo a la familia, y existir en la familia un elemento entrenado en RCP. **Conclusiones:** La presencia de la familia en la reanimación puede influir en el equipo de enfermería en sus intervenciones, la familia puede ser útil y proporcionar información relevante para la continuidad de cuidados.

Palabras clave: Reanimación cardiopulmonar; enfermería; familia

É importante que haja interação entre os profissionais e a família para que, em situações emergentes os cuidados que são prestados sejam o mais adequado ao utente

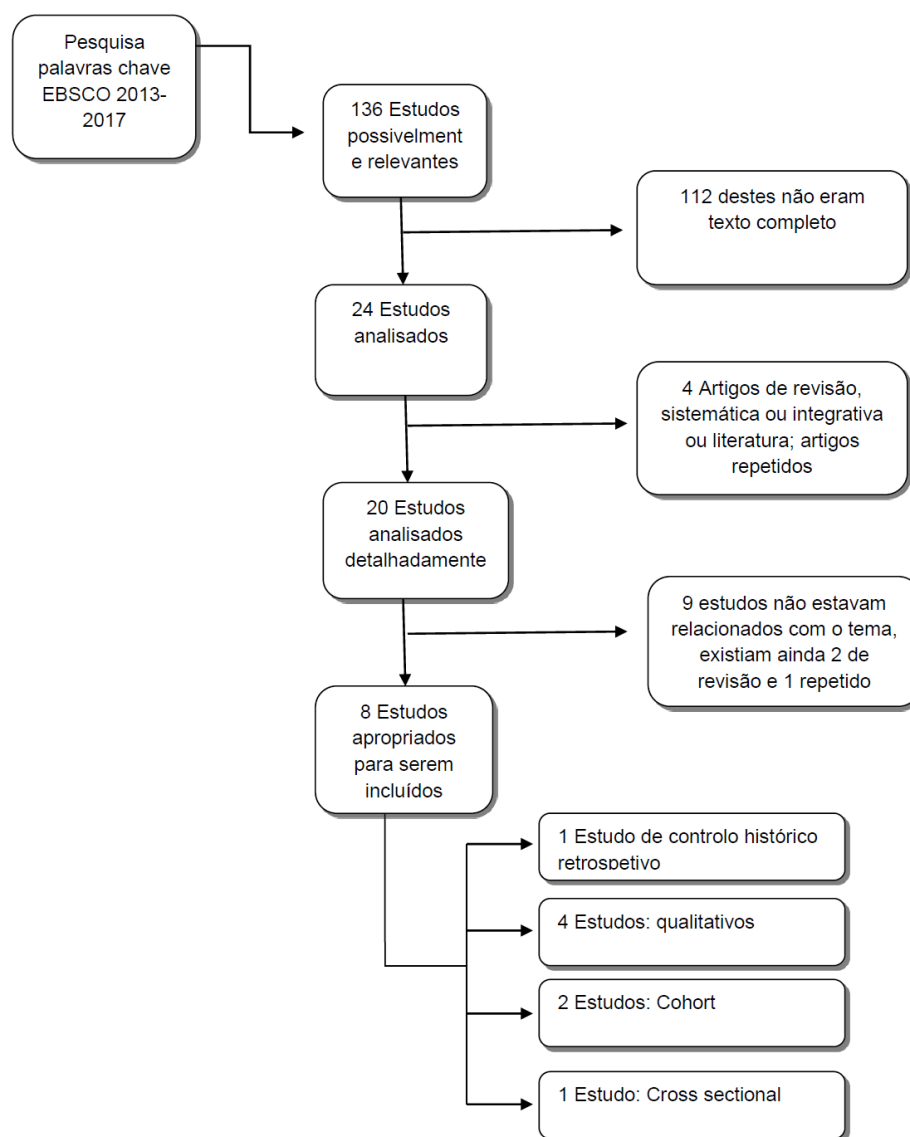
Tanto os doentes como as famílias tentam lidar com a situação em que se encontram e precisam continuamente de informação para adaptar o seu comportamento. A investigação fundamental de Leske e Molter na área das necessidades das famílias de doentes em estado crítico obteve para a enfermagem um corpo de conhecimento científico para identificação das reais necessidades de aprendizagem desta população. Os resultados destes estudos revelaram que as famílias de doentes críticos necessitam de respostas honestas às suas perguntas e de manter um sentimento de esperança ⁽³⁾

Assim, surge nas últimas duas décadas um conjunto de literatura que apoia o conceito de presença familiar durante a reanimação. Além disso, um número crescente de organizações nacionais, incluindo a Associação Americana de Enfermeiros de Cuidados Críticos e a Associação de Enfermeiros de Emergência, aprovou a presença da família na reanimação como padrão de atendimento em serviços pediátricos, de emergência e cuidados intensivos, e as diretrizes da American Heart Association reconhecem que é um aspecto importante da ressuscitação. ⁽⁴⁾

A presença de famílias de pacientes durante a reanimação tem sido uma questão de prática importante. Uma Alerta de Prática de Atendimento Americano de Atendimento Crítico (AACN) "Presença familiar durante reanimação e procedimentos invasivos" apoia membros da família de pacientes submetidos a reanimação sendo dada a opção de presença de cabeceira. ⁽⁵⁾

Quando a família está presente durante a reanimação significa que a família está presente em um local que ofereça informações visuais e / ou contato físico com o paciente durante a RCP. Estes familiares acima de tudo necessitam de um ambiente de empatia e humanismo, o que por vezes é agravado pela complexidade das condições dos utentes, bem como os equipamentos sofisticados utilizados e a necessidade de existir enfermeiros com um alto grau de conhecimento e competência técnica ⁽⁶⁾.

Figura 1: Fluxograma da estratégia de seleção de estudos. Font in: Botelho et al.⁽¹¹⁾



Artigos (autores, data, local)		Participantes	Intervenções	Outcomes	Desenho
1	Rache Marie et al., 2017 ⁽⁴⁾ Washington	<p>414 Entrevistados envolvidos na reanimação:</p> <p>250 Enfermeiros 90 Médicos 14 Assistentes Sociais 60 Outros Profissionais</p> <p>59 Trabalhadores sociais e 8 prestadores de cuidados espirituais foram escolhidos pela equipa e treinados</p>	<p>Treinar membros da equipa de reanimação, cujo papel é fornecer apoio familiar durante a reanimação cardiopulmonar e avaliar a intervenção de treinamento.</p> <p>Após questionários on-line sobre a presença da família na reanimação foi realizada 1 sessão de treinamento de 4 horas para a equipa de apoio familiar em que se avaliava 4 secções: (1) aspectos clínicos de reanimação, (2) integração na equipa de reanimação e etapas para fornecer apoio familiar durante a ressuscitação, (3) resposta a famílias em dificuldade e (4) práticas de autocuidado</p> <p>Antes e depois da sessão de treino, os participantes completaram pesquisas de conhecimento e atitudes auto-avaliadas em relação à presença familiar durante a ressuscitação.</p>	<p>A maioria dos entrevistados têm experiência com a presença de familiares durante a reanimação</p> <p>É importante a inserção de um elemento na equipa de reanimação que se dedica a apoiar a família e que tem a possibilidade de estar presente na sala</p> <p>Houve um aumento significativo em todos os aspectos classificados do conhecimento do papel de apoio familiar e das estratégias de autocuidado após o treino dos membros da equipa</p>	Estudo de controlo histórico retrospectivo

2	<p>Margareta Brannstrom et al, 2013⁽⁹⁾</p> <p>Suécia</p>	<p>9 membros (2 homens e 5 mulheres) da equipa ativa do projeto PREFER (paciência e apoio cardíaco avançado paditivo integrado) com idade entre os 40 e 67 anos de idade</p> <p>1 cardiologista 1 clinico geral especializado 3 enfermeiros 1 terapeuta ocupacional 1 fisioterapeuta</p> <p>Utentes com insuficiencia cardiaca</p>	<p>Realizaram-se 4 entrevistas a um grupo de 7 profissionais durante 1 ano sobre a insuficiencia cardiaca, intervenções de enfermagem e reanimação cardiopulmonar.</p> <p>O líder do grupo estimulou a discussão e assegurou que todos os participantes tiveram a oportunidade de falar. Durante as entrevistas em grupo, os participantes compartilharam suas experiências, pensamentos e sentimentos uns com os outros. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas textualmente.</p>	<p>Por vezes a reanimação cardiopulmonar é susceptível de prolongar o processo natural de morrer e, portanto, foi percebido como não beneficiando o paciente ou os seus familiares.</p> <p>Os membros da família devem ser incluídos sempre que possível, para ajudar os familiares a entender as ações esperadas e as intervenções dos profissionais de cuidados em caso de morte do utente.</p> <p>Alguns dos participantes descreveram suas dúvidas e incertezas sobre se é correto envolver os utentes e a sua família na tomada de decisão sobre reanimação cardiopulmonar</p>	Estudo Qualitativo
3	<p>Justine Monks et al., 2014⁽¹⁵⁾</p> <p>EUA</p>	<p>6 Enfermeiros</p>	<p>Entrevista a 6 enfermeiros que estavam envolvidos em reanimação cardiopulmonar com a família presente para obter informações sobre a sua experiencia e complicações vividas</p>	<p>É importante um elemnto da equipa de enfermagem ficar responsável para acompanhar os membros da família numa reanimação.</p> <p>Responsabilidade dos enfermeiros em facilitar proximidade física das famílias ao utente.</p> <p>A proximidade física da família ao utente através do toque encapsula a expressão de empatia e suporte as flutuações no processo de ligação.</p>	Estudo qualitativo Fenomenológico

4	Kieran McLaughlin et al. 2013 ⁽¹⁶⁾ EUA	160 enfermeiros de emergência	Convidados enfermeiros a dar a sua opinião sobre cuidados holísticos centrados na família durante e após a reanimação através da aplicação de questionário	60 Participantes tiveram presença familiar durante a ressuscitação. 44 Participantes concordaram que as famílias deveriam ser convidadas a estarem presentes durante a ressuscitação 60 Disseram que as famílias deveriam estar presentes se pedissem Os enfermeiros sente dificuldade em prestar cuidados holísticos centrados na família durante e após a reanimação por falta de pessoal, tempo e educação inadequada.	Estudo Qualitativo
5	Jane et al., 2013 ⁽⁶⁾ EUA	28 familiares que estiveram presentes na reanimação cardiopulmonar do utente (n=28) Utentes com 18 ou >18 anos	Entrevista realizada a familiares que estiveram presentes durante a reanimação cardiopulmonar após trauma. Tiveram que responder às seguintes perguntas: Como era estar presente com a sua família? membro? O que você viu durante a reanimação do seu membro da família? Quanto tempo você ficou com seu membro da família? O que mais você quer que eu saiba sobre sua experiência? Foram comparados os resultados em membros da família que testemunharam a reanimação com membros da família que não estiveram presentes na RCP.	A presença da família na reanimação ajuda-os a criar confiança, atende às necessidades informativas e a ganhar proximidade com o utente para apoiar outros familiares. A família fornece informações aos profissionais garantindo que a equipa esteja a fazer o seu trabalho e permanecendo perto de forma a proporcionar conforto físico e emocional ao utente. Os familiares sente-se confortáveis em estar ao lado do utente.	Estudo Qualitativo

6	By Rebeca et al, 2017 ⁽¹⁷⁾ Colombia	323 utentes 1 Elemento da família de cada utente	Recolha de registos de utentes que foram submetidos a reanimação cardiopulmonar com a presença de 1 familiar A presença da família foi documentada de forma inconsciente como acessória e não por convite.	As diretrizes antecipadas escolhidas pela família não diferem se elas testemunham a reanimação cardiopulmonar ou não testemunha A idade foi associada a uma maior probabilidade de uma ordem de não tentativa de reanimação após retorno da circulação. A reanimação testemunhada pela família foi associada à diminuição da sobrevivência A reanimação com a presença da família deve ser uma componente integral dos cuidados, devem existir protocolos praconizados e serem estabelecidos por uma equipa multidisciplinar.	Estudo Cohorte com grupo controle
7	Jane Leske et al, 2017 ⁽⁸⁾ EUA	140 Utentes (n= 110 sofreram acidente de viação e n= 30 que sofreram feridas de bala) com idade=18 ou >18 anos que sofreram reanimação cardiopulmonar e sobreviveram após trauma. Família que testemunha a reanimação cardio-pulmonar	Avaliar os efeitos da presença da família durante a reanimação cardiopulmonar e identificar se a presença influencia as intervenções de enfermagem	Efeitos da participação da família na reanimação cardiopulmonar: - Reduziu a ansiedade - Redução do stresse - Causa bem-estar As intervenções de enfermagem não se deixam de realizar por ocorrer a presença dos familiares durante a reanimação	Estudo Cohorte Prospetivo

8	Guat Ang et al, 2016 ⁽¹⁸⁾ Singapore	200 participantes: 50 médicos, 50 utentes, 50 familiares e 50 enfermeiros	Questionario realizado a 4 grupos distintos de profissionais com 2 partes: A 1ª parte continha dados demográficos com variáveis como idade, género, raça, religião e nível educacional. Na 2ª parte o participante tinha que responder indicando o nível de conforto que sentia na tomada de decisão e o tomador de decisão que indicaria relativamente a: realização de reanimação cardiopulmonar, intubação, alimentação por tubo nasogástrico, uso de restrições, uso de antibiotico, tratamento do alivio de sintomas, lugar preferido de morte	<p>A maioria dos participantes gostaria de decidir sobre o tratamento de seus familiares em vez de deixar a escolha apenas para o médico e escolhe a casa como seu local de morte preferido</p> <p>Relativamente ao tomador de decisão substituto, a maioria escolhia os seus familiares incluindo o conjuge e os filhos.</p> <p>Os utentes e as familias são o grupo que mais optam mais pela opção de reanimação cardiopulmonar e intubação</p> <p>Não houve diferença significativa entre os quatro grupos de participantes em termos de preferência em relação à alimentação de tubo nasogástrico, ao uso de antibióticos ou tratamento de alívio de sintoma.</p> <p>Existe maior probabilidade de optar por RCP, intubação, alimentação por tubo nasogástrica e uso de antibióticos em nome do utente do que os próprios pacientes</p>	Estudo de Cross sectional
---	---	---	---	---	---------------------------

Tabela 1: Resumo da Evidência Recolhida

Discussão de resultados

Após elaboração desta revisão integrativa, verificou-se que existia um amplo leque de bibliografia referente à presença da família e intervenção da equipa de enfermagem na reanimação cardiopulmonar e com resultados diferentes entre si.

A presença da família durante a reanimação cardiopulmonar de um utente é um tema discutível e controverso. Alguns estudos demonstram que a presença de familiares em RCP é cada vez mais recomendada por várias sociedades aprendidas, e que melhora os indicadores clínicos relacionados ao síndrome da dor pós-traumática, melhores padrões de ansiedade, menos complicações e não interfere nas intervenções realizadas pela equipa de saúde. Em alguns dos estudos analisados a presença de familiares não aumentou o stress à equipa que prestava cuidados e estabeleceu o equilíbrio, a compaixão e o humanismo dos enfermeiros com um alto nível de competência técnica e ajuda na reflexão sobre os seus valores e ações profissionais. ⁽⁸⁾⁽¹⁶⁾⁽¹⁵⁾

Estudos indicam que os profissionais conseguem obter informações relevantes quando a família se encontra presente na RCP, estes garantem o trabalho da equipa e proporcionam conforto físico e emocional ao utente, e as intervenções de enfermagem não deixam de ser realizadas pela presença de familiares. Assim, verifica-se diminuição de ansiedade, estresse e bem – estar quando a família está presente na reanimação. ⁽⁶⁾⁽⁸⁾ Verificou-se também que a idade foi associada a uma maior probabilidade de uma ordem de não tentativa de reanimação após retorno da circulação. ⁽¹⁷⁾

Contudo, para que ocorra uma boa intervenção da equipa de enfermagem em reanimação e não seja influenciada pelos familiares, é importante existir um elemento da equipa multidisciplinar que está a prestar cuidados que fique responsável em apoiar os familiares. Alguns dos estudos revelam que dentro da equipa multidisciplinar que presta cuidados em reanimação cardiopulmonar deve existir um elemento treinado para posteriormente apoiar os familiares ou familiar que estiver presente durante a reanimação cardiopulmonar. Assim,

existindo um elemento da equipa treinado para apoiar a familiar as possibilidades de interferencia nas intervenções de enfermagem são cada vez menores.⁽⁴⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾

Por outro lado, estudos revelaram que a reanimação cardiopulmonar em doença em fase terminal é susceptível de prolongar o processo natural de morrer e, portanto, foi percebido como não beneficiando o utente ou os seus familiares, neste caso é uma situação já esperada que acontece, e é importante que os membros da família sejam incluídos neste processo antepadamente para que eles entendam as ações esperadas e as intervenções dos profissionais. É neste sentido que a equipa multidisciplinar tem o papel fundamental de decidir quem, como e quando falar de reanimação com a família e utente.⁽⁹⁾

Este processo, enfrenta algumas dificuldades, uma vez que os enfermeiros sentem dificuldade em prestar cuidados holísticos centrados na família durante e após a reanimação por falta de pessoal, tempo e educação inadequada.⁽¹⁶⁾

Conclusão

Os estudos analisados evidenciam a influência que tem a presença da família na reanimação cardiopulmonar para a equipa de enfermagem. Assim, conclui-se que não há diferença de probabilidade de retorno da circulação espontanea na reanimação cardiopulmonar com a presença ou sem a presença da família, mas a presença da família foi associada a uma redução de sobrevivencia, que podera ter a ver com ordens da família para suspender as manobras.

Ao serem implementados cuidados centrados no utente e família, treinar uma pessoa da família em reanimação cardiopulmonar, ter um membro da equipa dedicado ao apoio familiar durante a RCP, são intervenções importantes para o melhor funcionamento da sala de reanimação de uma instituição.

A presença da família e equipa de enfermagem na Reanimação Cardiopulmonar
Revisão Integrativa

Os hospitais elaboraram políticas e orientações locais para atender às necessidades das famílias durante e após os eventos de reanimação, e garantem que os cuidados holísticos centrados na família se tornem parte da prática e da cultura de cada instituição.

Contudo, Será que temos instituições capacitadas para ter um elemento na equipa de reanimação que se dedique exclusivamente ao apoio familiar? Será que em todas as instituições é reconhecida a necessidade de comunicação? Será que com a falta de enfermeiros a que assistimos diariamente é possível a realização deste tipo de acompanhamento ao utente emergente?

Bibliografia

1. Finn, J. C., Bhanji, F., Lockey, A., Monsieurs, K., Frengley, R., Iwami, T., & ... Bigham B. Part 8: Education, implementation, and teams: 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. *Resuscitation*, 95e203-e224 Conselho Português de Ressuscitação. (2015). R [Internet]. Available from: <http://www.cpressuscitacao.pt/Download.aspx?id=28341>
2. Wright LM LM. Enfermeiras e famílias. Um guia para avaliação e intervenção na família. 4 nd ed. Sao Paulo: Roca; 2008.
3. Urden LD, Stacy KM, Lough ME. Enfermagem de Cuidados Intensivos. Diagnóstico e Intervenção. 5.ª Edição. Lusodidata. Loures. 2008;2008.
4. Mureau-haines RM, Boes-rossi M, Casperson SC, Hirai-seaton T, Kummet C, Shushan S, et al. Family support during Resuscitation : A Quality Improvement Initiative. *Crit Care Nurse*. 2017;37(6):14–24.
5. Pasek TA, Licata J. Parent advocacy group for events of resuscitation. *Crit Care Nurse*. 2016;36(3):58–64.
6. Leske JS, McAndrew NS, Brasel KJ. Experiences of Families When Present During Resuscitation in the Emergency Department After Trauma. *J Trauma Nurs* [Internet]. 2013;20(2):77–85. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00043860-201304000-00003>
7. Chapman R, Bushby A, Watkins R, Combs S. Australian Emergency Department health professionals' reasons to invite or not invite Family Witnessed Resuscitation: A qualitative perspective. *Int Emerg Nurs*. 2014;22(1):18–24.
8. Leske JS, McAndrew NS, Brasel KJ, Feetham S. Family presence during resuscitation after trauma. *J Trauma Nurs*. 2017;24(2):85–96.
9. Brännström M, Jaarsma T. Struggling with issues about cardiopulmonary resuscitation (CPR) for end-stage heart failure patients. *Scand J Caring Sci*. 2015;29(2):379–85.
10. O Processo de Investigação - FORTIN_noPW.pdf.
11. PLP C. Manual Revisão Bibliográfica Sistemática Integrativa: a pesquisa

**APÊNDICE VIII - Check-list de avaliação da prática simulada em
SBV/DAE utilizada nos 2 momentos de avaliação**

REGISTO DE AVALIAÇÃO DE SBV/DAE

	Intervenção	SIM	NÃO
1	Adapta equipamento de proteção individual (segurança)		
2	Avalia o estado da consciencia		
3	Demonstra a extensão da cabeça e elevação do queixo, permeabiliza a via aérea.		
4	Demonstra avaliação de respiração normal vendo, ouvindo e sentindo durante não mais de 10 segundos (Faz o VOS)		
5	Realiza o pedido de ajuda		
6	Inicia de imediatamente compressões torácicas		
7	Coloca a base da mão no centro do tórax		
8	Coloca a segunda mão sobre a primeira		
9	Entrelaça os dedos		
10	Adapa uma posição vertical em relação ao doente e mantém os braços esticados		
11	Comprime o torax 5 a 6 cm (confirmar com o feedback do manequim)		
12	Demonstra compressões torácicas eficazes (Frequência 100-120)		
13	Alivia a pressão do tórax por completo entre cada compressão, sem perder o contato com a parede torácica.		
14	Minimiza interrupção das compressões torácicas		
15	Demonstra ventilações eficazes com o insuflador manual o suficiente para fazer com que o tórax suba e desça.		
16	Realiza corretamente a técnica de adaptação do insuflador manual á face do manequim utilizando apenas uma mão		
17	Demonstra uma relação de 30 compressões para 2 ventilações		
18	Realiza ventilações eficazes nas quais seja possível observar a elevação do tórax (conferir feedback do manequim)		
19	Cada ventilação não deve durar mais de 1”		
20	A interrupção das compressões para realizar as 2 ventilações não deve ultrapassar os 10”		
21	Verifica as condições do tórax		
22	Liga o DAE ou, se está presente um ajudante, pede-lhe que o faça		
23	Demonstra a colocação dos eléctrodos na posição aceitável		
24	Permite a análise de ritmo, enquanto se certifica que ninguém toca na vítima (incluindo mandar afastar e a confirmação visual de que todos estão afastados)		
25	Demonstra administração do choque de forma rápida e segura (incluindo mandar afastar e a confirmação visual de que todos estão afastados)		
26	Demonstra ouvir e executar as instruções do DAE		
27	Minimiza interrupções das compressões torácicas e demonstra correctamente a sequência do rácio 30:2		

Código do Formando:

**APÊNDICE IX - Apresentação em Power Point sobre Suporte Básico de
Vida e DAE**

Suporte Básico de Vida com a utilização de um Desfibrilhador Automático Externo



Formação em serviço:
Enfermeiros

Trabalho realizado por:
Mafalda Balsas

Objetivos:

No final deste curso, o candidato deverá ser capaz de demonstrar:

- Como avaliar uma vítima em colapso
- Como realizar compressões torácicas e ventilações
- Como operar um DAE em segurança

Contexto

- Na Europa a cada 45 segundos ocorre uma paragem cardíaca
- A realização de SBV por quem presencia a paragem cardíaca antes da chegada de ajuda é uma intervenção vital

Contexto

- Rápido SBV e rápida desfibrilhação (em 1-2 minutos) pode resultar em >60% sobrevivência
- A desfibrilhação nos primeiros 3-5 minutos após o colapso pode significar taxas de sobrevivência entre 50-70%

Definição de SBV

- Reconhecer as situações em que há perigo de vida
- Saber como e quando pedir ajuda
- Iniciar de imediato manobras que contribuem para preservar a circulação e oxigenação vitais e colocar DAE até à chegada do médico.

Contexto

- Rápido SBV e rápida desfibrilhação (em 1-2 minutos) pode resultar em >60% sobrevivência
- A desfibrilhação nos primeiros 3-5 minutos após o colapso pode significar taxas de sobrevivência entre 50-70%

Definição de SBV

- Reconhecer as situações em que há perigo de vida
- Saber como e quando pedir ajuda
- Iniciar de imediato manobras que contribuem para preservar a circulação e oxigenação vitais e colocar DAE até a chegada do médico.

Cadeia de Sobrevivência



Fonte: <http://www.ahbhs.com.br/conteudo/DAE/DAE2010/Suporte-Basico-de-Vida>

- 1- Pedido de ajuda
- 2- Suporte para manter ventilação e circulação
- 3- Em cerca de 48% da PCR o ritmo é FV
- 4- A desfibrilhação é o único tratamento eficaz para a FV/TVsP
- 5- O SAV ocorre após chegada do médico

European Resuscitation Council Suporte Básico de Vida com Desfibrilhação Automática Externa (DAE)



Fonte: <https://www.ahbhs.com.br/conteudo/DAE/DAE2010/Suporte-Basico-de-Vida-com-Desfibrilhação-Automática-Externa>

As etapas do SBV/DAE

- Antes de abordar a vítima o reanimador deve adaptar **equipamento de proteção individual (Segurança)**



Fonte: <https://www.ahbhs.com.br/conteudo/DAE/DAE2010/Suporte-Basico-de-Vida-com-Desfibrilhação-Automática-Externa>

Avaliar o estado de consciência da vítima:
Abanar suavemente os ombros

Sente-se bem? Está bem?



Fonte: <http://www.ahbhs.com.br/conteudo/DAE/DAE2010/Suporte-Basico-de-Vida-com-Desfibrilhação-Automática-Externa>

Se ele(a) responder

- Procure descobrir o que está errado
- Reavaliar frequentemente
- Se necessário pedir ajuda

Se ele(a) NÃO responder



PERMEABILIZAR VIA AÉREA

- Desapertar a roupa à volta do pescoço da vítima;
- Fazer a extensão do pescoço (inclinar a cabeça para trás);
- Elevar o maxilar inferior (queixo);
- Retirar próteses dentárias soltas, secreções, etc;
- Explorar a cavidade oral;
- Verificar se existem corpos estranhos.

Fonte: <http://dhhbhc.com.br/edu-11111111>

22



Fonte: <http://dhhbhc.com.br/edu-11111111>

Respiração

•(VOS)

Ver

Ouvir

Sentir

- Procure respiração normal
- Não mais de 10 segundos

Respiração

Respiração anormal

- Ocorre logo após o coração parar, até 40% em situação de paragem cardíaca
- Descrita como respiração esporádica, ruidosa, pesada ou “gasping”/ofegante
- Reconhecer como um sinal de paragem cardíaca

Compressões torácicas

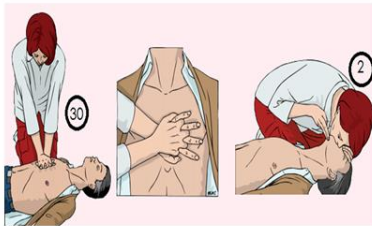
- Assegure que a pressão não é aplicada sobre as costelas da vítima
- Comprima o tórax
- Ritmo de 100-120 por minuto
- Profundidade de 5-6cm
- Compressão igual a descompressão

Compressões torácicas



Fonte: <https://www.mindbodygreen.com/health/first-aid/first-aid-cpr-how-to-do-it>

Compressões torácicas



Fonte: <http://imagens.brasilsaude.gov.br/imagens/imagens/imagens/71139>

Objetivos:

No final deste curso, o candidato deverá ser capaz de demonstrar:

- Como avaliar uma vítima em colapso
- Como realizar compressões torácicas e ventilações
- Como operar um DAE em segurança

Ventilações

- Apoiar a máscara no rosto da vítima de modo a vedar 100% a boca e o nariz do utente e não permitir passagem de ar pelas laterais, utilizando a técnica “C” e “E”
- Abrir a via aérea com a manobra de inclinação da cabeça com elevação do queixo
- Aplicar ventilações observando a elevação do tórax

Ventilações



Fonte: <http://www.brasilsaude.gov.br/imagens/imagens/imagens/71139>

Suporte básico de vida e DAE

- Continuar a RCP 30:2 até ligar o DAE
- Verificar condições do tórax :

- Tórax húmido
- Tórax com pêlos
- Pacemakers/CDI
- Joalheria
- Adesivo transdérmicos

Importante

- Ao ventilar, a duração de cada ventilação deverá ser de aproximadamente 1 segundo, insuflando com o volume de ar suficiente para uma elevação visível do tórax.

- O rácio compressões/ventilações mantém-se 30:2.
- As interrupções nas compressões para a realização das ventilações não devem ser superiores a 10 segundos

Suporte básico de vida e DAE

- Colocar os elétrodos
- Colocar o monitor em modo DAE



Afastar-se durante a análise

- Afastar durante a análise do ritmo
- Mandar afastar durante a análise do ritmo
- Não tocar na vítima

Se choque recomendado

- Afastar e mandar afastar e administrar choque se solicitado

Após o choque:

- Recomeçar RCP 30:2

Manter Suporte básico de Vida

- Chegar apoio diferenciado
- A vítima mostrar sinais de vida
- Exaustão do reanimador

Adjuvantes da via aérea

Se possível tubo de gúedel apos o VOS





VAMOS PRATICAR!!!!

APÊNDICE X - Plano de sessão formativo



Registo Formação Em Serviço

Plano de Sessão

Ação de Formação:	Suporte Básico de Vida com a utilização de DAE	Serviço:	Serviço de Urgência	
Destinatário:		Data: (00/00/0000)	Foram realizadas 5 sessões em dias diferentes	
Formador:	Mafalda Balsas	Hora Início: (14:00h)		Hora Fim: (17:00h)
Tutor:		Duração:		
Local de realização:	Sala de Reanimação do serviço de Urgência			
A ação de formação estava contemplada em Plano		<input checked="" type="checkbox"/> SIM		
		<input type="checkbox"/> NÃO	Justificação:	
Objetivos gerais	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a atualização de conhecimentos face às guidelines de SBV/DAE enucidas pelo European Resuscitation Council (ERC) em 2015 • Promover o treino em SBV/DAE • Proporcionar a segurança do doente crítico que recorre ao SU • Diminuir a ansiedade dos enfermeiros que realizam SBV/DAE 			
Objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar as condições de segurança • Reconhecer que o utente se encontra em paragem cardiorespiratória • Pedir ajuda imediatamente após realização do VOS • Iniciar manobras de reanimação imediatamente e corretamente • Efetuar ventilações eficazes • Cumprir corretamente todas as etapas do algoritmo de SBV/DAE • Iniciar desfibrilhação sempre que necessário e em segurança 			

FASES	CONTEUDOS	METODOLOGIA	RECURSOS DIDÁTICOS	FORMADOR	TEMPO
Introdução	<ul style="list-style-type: none">• Apresentação do tema• Objetivos da sessão.• Caso clínico- 1ªprática simulada	Expositivo	Data show e diapositivos	Mafalda	30 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">• Apresentação teórica sobre o SBV/DAE (guedlines de 2015• Demonstração de um caso clínico de PCR	Expositivo e Demonstrativo	Data show e diapositivos e manequim	Mafalda	3 horas
Avaliação	<ul style="list-style-type: none">• Caso clínico após formação e demonstração, realização de prática simulada- 2ªprática simulada	Activo	Material e equipamento de reanimação	Mafalda	1 hora
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">• Realização da avaliação da formação	Interrogativo	Suporte de papel	Mafalda	30 min

APÊNDICE XI - Pedido de parecer à comissão de ética da ulsna

Exma Presidente da Comissão de Ética- UISNA EPE

Assunto: Autorização do projeto de intervenção no serviço de urgência básico de Elvas

Em conformidade com o despacho do Exmo Presidente do conselho de administração, Dr.Moura Reis, somos a informar:

A mestranda Ana Mafalda Balsas encontra-se a desenvolver um estágio final com relatório de mestrado em Enfermagem Médio-Cirúrgica : “A pessoa em situação crítica”. O pedido de estágio foi formulado pela Escola Superior de Saude S.João de Deus em Évora e foi devidamente autorizado pela instituição Ulsna, que o Exmo Presidente dirige.

O regulamento do estágio final, pressupõe um relatório da atividade profissional, acompanhado por um professor orientador da instituição Escola superior de Saúde e de um supervisor do contexto clínico, da área de especiliação.

Tendo a SUB de Elvas esta componente científica, dado ter na sua dotação uma enfermeira especialista na área da especialização da mestranda, decidiu a direção do serviço não ter nada a opor á realização do referido estágio, até porque, este relatório pressupõe um processo de desenvolvimento fundamentado em termos técnico-cientifico, apresentando **sugestões de melhoria**, relativos á intervenção dos enfermeiros, porque é de um processo de intervenção de e para enfermeiros, que se trata.

No decurso do estágio final, a mestranda elaborou a proposta do seu projeto de estágio e apresentou-o para discussão com a enfermeira chefe e diretor do serviço.Em conjunto,identificámos a necessidade de melhorar o desempenho dos enfermeiros do serviço de urgência em suporte básico de vida. O recurso á prática simulada pareceu-nos uma boa estratégia, aproveitando o conhecimento especializado da mestranda em doente crítico, na revalidação da competência dos enfermeiros. Esta competência atua como determinante na segurança do doente crítico, neste serviço de urgência.

O projeto de estágio tem que ser acompanhado do parecer da comissão de ética da instituição acolhedora do estágio final, autorização que se aguarda.

O International Liaison Committee on Resuscitation atualiza as suas guedlines de Reanimação Cardiopulmonar de 5 em 5 anos. Tais alterações implicam a atualização frequente dos enfermeiros , no sentido de melhorar as condições de segurança dos doentes. Segundo Greif et al (2015) as competencias em RCP degradam-se em 3 a 6 meses após o último momento formativo, razão pela qual os autores defendem que os enfermeiros devem realizar um



treino frequente, para manter as suas competências, tão determinantes na segurança da pessoa em situação crítica.

Reteira a direção da SUB do Hospital Santa Luzia de Elvas a necessidade de autorização para a realização do respetivo projeto de intervenção, pela criação de valor, que acreditamos acrescentar ao desempenho dos enfermeiros.

Elvas, 7 de Fevereiro de 2018

**APÊNDICE XII - Pedido de parecer à comissão de ética da Universidade de
Évora**



Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -
Avaliação de Projectos

Requerente

Nome: Ana Mafalda Lopo Balsas
Email: m37364@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 37364
Curso: Enfermagem (Mestrado)

Requerimento

Título do Projeto:

Revalidação de competências em suporte básico de vida/DAE como determinante na segurança do doente crítico

Nome dos investigadores:

Ana Mafalda Lopo Balsas

Nível da Investigação:

Projeto e respetivo relatório no âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a Pessoa em Situação Crítica

Responsáveis Académicos - Orientador/Investigador principal:

Professora Doutora Maria do Céu Mendes Pinto Marques

Responsáveis Académicos - Colaboradores:

Sandra Cristina Pombeiro Sapatinha

Resumo / Abstract:

A paragem cardíaca é uma das principais causas de morte na Europa que afetam cerca de 350.000-700.000 indivíduos por ano. Na análise inicial do ritmo cardíaco, cerca de 25%-50% das vítimas tem SCA com fibrilação ventricular e este pode ser uma das causas do colapso, no entanto quando o primeiro eletrocardiograma é registrado por emergência médica o ritmo já se deteriorou até assistolia. O tratamento recomendado para a paragem cardíaca com VF é a RCP imediata e a desfibrilação elétrica precoce. É importante realizar a recapacitação frequente dos enfermeiros para intervirem, no reconhecimento da PCR, com manobras de SBV/DAE, motivo pelo qual importa, no âmbito da formação em serviço, estruturar planos de formação em SBV/DAE. Assim, os enfermeiros devem realizar um treino frequente, para manter as suas competências, na segurança da pessoa em situação crítica.

Fundamentação e pertinência do estudo:

Segundo o Conselho Português de Ressuscitação, a morte súbita de causa cardíaca é frequente em Portugal e acontece nos locais e nos momentos mais inesperados. O início imediato de SBV permite duplicar ou triplicar a probabilidade de sobrevida na PCR. Assim, o síndrome coronário agudo é uma das principais causas de morte na



Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -
Avaliação de Projectos

Requerente

Nome: Ana Mafalda Lopo Balsas
Email: m37364@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 37364
Curso: Enfermagem (Mestrado)

Requerimento

europa. Dependendo do tipo de SCA, cerca de 350.000 a 700.000 pessoas por ano são afectadas na Europa. Na análise inicial do ritmo cardíaco, cerca de 25-50% das vítimas com SCA apresentam uma fibrilhação ventricular, uma percentagem que tem vindo a diminuir nos últimos 20 anos. É provável que muitas outras vítimas apresentem uma FV ou taquicardia ventricular rápida (TVR) no tempo do colapso inicial, mas no momento em que é feito o primeiro eletrocardiograma (ECG) pela equipa de atendimento de emergência, o seu ritmo cardíaco já se deteriorou para uma assistolia. (Perkins et al., 2015)

Quando a vítima é socorrida imediatamente após o colapso com recurso a DAE a sobrevivência aumenta para 76%. Se as manobras de ressuscitação forem bem efetuadas é menos provável que o ritmo se deteriore para assistolia. Segundo as guélines o tratamento adequado para a vítima com FV é a RCP imediata e a desfibrilhação precoce. A maioria das PCR de origem não cardíaca tem causas respiratórias, como o afogamento (ocorre muito em crianças) e a asfixia. As insuflações e compressões torácicas são fundamentais para a ressuscitação dessas vítimas. (Perkins et al., 2015)

A reanimação cardiopulmonar é constituída pelo suporte básico de vida, consiste em 2 acções principais: as compressões torácicas (para fazer com que o sangue circule) e as ventilações (para enviar oxigénio aos pulmões). Assim, a reanimação cardio-pulmonar pode evitar o dano dos órgãos vitais como o cérebro e o coração. (recomendações do conselho português de ressuscitação, 2015).

O Hospital de Santa Luzia de Elvas está inserido na Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano (ULSNA), o serviço de urgência, é uma urgência básica com valências em médico-cirúrgica, de forma a dar resposta às necessidades de cuidados de saúde urgentes e emergentes de todo o concelho. A equipa multidisciplinar do serviço de urgência é constituída por 25 enfermeiros, 6 dos quais integram a equipa de pré-hospitalar – ambulância-SIV. Fazem também parte da equipa 9 assistentes operacionais, 8 administrativos e 24 médicos especialistas (8 internistas, 6 ortopedistas, 7 cirurgiões e 3 anestesistas). Para além dos especialistas, existem no serviço 2 médicos de medicina geral e familiar, contratados por uma empresa de prestação de serviços, que asseguram o atendimento geral 24h por dia. No projeto entendemos debruçar-nos na classe profissional dos enfermeiros, pelo enquadramento do mesmo, ser num mestrado em enfermagem e por uma questão de gestão do tempo disponível para o desenvolvimento do mesmo.

O International Liaison Committee on Resuscitation de cinco em cinco anos realiza alterações às guélines de reanimação cardiopulmonar (RCP), tendo por base as evidências científicas dos anos anteriores. Tais alterações implicam a atualização frequente dos enfermeiros, no sentido de melhorar as condições de segurança dos doentes. (Hazinski et al., 2015)

Segundo Greif et al (2015), as competências em RCP degradam-se em 3 a 6 meses após o último momento formativo, razão pela qual os autores defendem que os enfermeiros devem realizar um treino frequente, para manter as suas competências, tão determinantes na segurança da pessoa em situação crítica



Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -
Avaliação de Projectos

Requerente

Nome: Ana Mafalda Lopo Balsas
Email: m37364@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 37364
Curso: Enfermagem (Mestrado)

Requerimento

Objetivos:

Optimizar o desempenho dos enfermeiros do serviço de urgência em suporte básico de vida/DAE

Seleção da amostra:

Enfermeiros que prestam cuidados no serviço de urgência do HSLE

Procedimentos metodológicos:

O referido projeto tem como linha orientadora da Segurança do Doente.

Após reunião com enfermeira chefe e enfermeira supervisora do serviço e discussão sobre o tema, foi aferida a necessidade de optimização destas competências. Para justificar a necessidade deste projeto será construído e aplicado um questionário aos enfermeiros do SU de forma a identificar as necessidades formativas em SBV/DAE. Após análise dos dados, e de acordo com os seus resultados será definida a estratégia de revalidação das competências em SBV/DAE. A formação terá como base a simulação clínica em tempo real. A avaliação da formação será realizada através de grelhas de observação previamente estruturada.

Instrumentos de avaliação:

- Questionário para caracterização da amostra e diagnóstico de necessidades
- Grelha de observação para avaliação do momento formativo

Como serão recolhidos os dados:

- Aplicação de questionário aos enfermeiros do serviço;
- Observação no momento formativo

Como será mantida a confidencialidade nos registos:

Os questionários sociodemográficos e de diagnóstico de necessidades formativas em SBV/DAE não irão conter nenhuma informação que possa levar à identificação objectiva do enfermeiro que o preenche por parte de terceiros. Cada questionário será numerado com um número de dois algarismos (todos os questionários com números diferentes), questionários esses que serão distribuídos aleatoriamente pelos enfermeiros do serviço de urgência. O responsável pelo projeto cria uma lista confidencial. Esta lista será apenas utilizada pelo responsável do projeto de forma a facilitar a organização do mesmo e não será nunca revelada, sendo no final do mesmo eliminada. Quando forem avaliados os resultados dos questionários e obtida a amostra, será realizada uma lista com os números de todos os enfermeiros incluídos na mesma. Através da codificação realizada será possível entrar em contacto pessoal com cada enfermeiro da amostra, no sentido de organizar as sessões formativas. Em relação à grelha e aos dados recolhidos através da mesma, irá funcionar do mesmo modo.



**Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -
Avaliação de Projectos**

Requerente

Nome: Ana Mafalda Lopo Balsas
Email: m37364@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 37364
Curso: Enfermagem (Mestrado)

Requerimento

Estudos prévios em que se baseia esta investigação:

Bhanji, F., Finn, J. C., Lockey, A., Monsieurs, K., Frengley, R., Taku, I., & ... Ma, M. H. (2015). Part 8: Education, Implementation, and Teams: 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Circulation*, 132S242-S268;

Finn, J. C., Bhanji, F., Lockey, A., Monsieurs, K., Frengley, R., Iwami, T., & ... Bigham, B. (2015). Part 8: Education, implementation, and teams: 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. *Resuscitation*, 95e203-e224 Conselho Português de Ressuscitação. (2015). Resumo das principais alterações nas Guidelines em Ressuscitação Guidelines ERC 2015. Consultado em: 2017, Outubro 27. Disponível em: <http://www.cpressuscitacao.pt/Download.aspx?id=28341>

Greif, R., Lockey, A. S., Conaghan, P., Lippert, A., De Vries, W., & Monsieurs, K. G. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 10. Education and implementation of resuscitation. *Resuscitation*, 95288-301

Perkins, G. D., Travers, A. H., Berg, R. A., Castren, M., Considine, J., Escalante, R., & Vaillancourt, C. (2015). Part 3: Adult basic life support and automated external defibrillation: 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. *Resuscitation*, 95e43-e69

Ruivo, M., Nunes, L., & Ferrito, C. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, 15, 1-38. <https://doi.org/ISSN 1646-5067>

Sites:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/norte/informacao/Paginas/MassTrainingSuporteB%C3%A1sicodeVida%E2%80%9393Enfermeirosensinamasalvarvidas.aspx>



**Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -
Avaliação de Projectos**

Requerente

Nome: Ana Mafalda Lopo Balsas
Email: m37364@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 37364
Curso: Enfermagem (Mestrado)

Requerimento

Declaração de consentimento informado utilizada no estudo:

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a responsável do projeto.

ANEXOS

**ANEXO I - Autorização para a modificação e utilização do questionário
para a caracterização da amostra**



Mafalda Balsas <mafalda.balsas@gmail.com>

SBV/DAE

Jorge Pereira <jorgepere15@gmail.com>

10 de janeiro de 2018 23:29

Para: Mafalda Balsas <mafalda.balsas@gmail.com>

Olá colega

O questionário foi da minha autoria e podes usar o que te der jeito.

A grelha de observação foi elaborada de acordo com os passos do algoritmo disposto no último manual do ERC.

Os meus cumprimentos

Jorge Pereira

[Texto das mensagens anteriores oculto]

*Com os meus cumprimentos,
Jorge Pereira*

ANEXO II - Certificado de SBV/DAE



European Resuscitation Council vzw
Emile Vanderveldelaan 35
BE-2845 Niel - Belgium

Ana Mafalda Balsas

08/07/1987

received the ERC qualification
Basic Life Support (BLS)
in Évora, Portugal

Maria Do Céu Mendes Pinto MARQUES
Course Director



Date last course: 21/04/2017

This certificate is valid from 28/04/2017 to 28/04/2022

To verify the validity of this certificate please visit <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> and enter ERC-034-441961

**ANEXO III - Certificado de presença no V encontro de enfermeiros
especialistas em enfermagem médico-cirúrgica**



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

Ana Mafalda Lopo Balsas,

membro nº **67663** desta Ordem, esteve presente no **V Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica**, nos dias **19 e 20 de Janeiro de 2018**, com a duração total de **7 horas**, em Évora, no Auditório do Colégio do Espírito Santo da Universidade de Évora.

Évora, 20 de Janeiro de 2018.

A Bastonária

Ana Rita Pedroso Cavaco



Programa

Dia 19 de Janeiro

09:00 Abertura do secretariado

09:30 Workshops:

1 - Técnicas Dialíticas (Diálise e Diálise Peritoneal) no seu Contexto Prático

Palestrante: Cármen Nogueira, Enfermeira na Fresenius Medical Care e Catarina Santos, Enfermeira na Fresenius Medical Care

2 - Resgate em Oxigenação por Membrana Extra – Corpórea (ECMO): da Origem ao Centro de Referência – Uma Prática Especializada

Palestrantes: Fernando Miranda, EEMC no Hospital de São João e Paulo Oliveira, EEMC no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)

3 – Abordagem e Monitorização da Via Aérea no Doente Crítico

Palestrante: Bráulio Sousa, EEMC no Hospital Militar Regional n.º2

12:30 Almoço livre

14:00 Conferência: Processo de Desenvolvimento e Valorização Profissional para Prática Especializada

Palestrante: Luís Barreira, Vice-Presidente do Conselho Directivo da OE

14:45 Sessão solene de abertura

- Ana Rita Cavaco, Bastonária da OE
- Ana Costa Freitas, Reitora da Universidade de Évora
- Catarina Lobão, Presidente da MCEEMC da OE
- Sérgio Branco, Presidente do Conselho Directivo Regional da Secção Regional do Sul da OE
- Carlos Pinto de Sá, Presidente da Câmara Municipal de Évora
- Roberto Pereira Grilo, Presidente da Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Alentejo (CCDR Alentejo)

15:45 Coffee break

16:00 Mesa redonda: Comunicação de Más Notícias na Prática Especializada

Moderador: Ana Fonseca, Presidente do Conselho de Enfermagem (CE) da OE

• Morte Cerebral: O Rosto Que Já Não Existe

Palestrante: Cristina Lopes, Bloco Operatório da Urgência do Hospital de S. João

• Doente Paliativo e Família: Gestão de Expectativas

Palestrante: Marlene Espírito Santo, Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital da Luz

• Morte Inesperada: Comunicação de Más Notícias em contexto de Urgência

Palestrantes: Rita Fonseca, Unidade de Urgência/Emergência do CHUC

• A Vivência na Comunicação da Má Notícia: Testemunho de doente

Palestrante: João Galhinas Mendes, Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus da Universidade de Évora

17:00 Passeio turístico pedonal pela cidade de Évora e prova de vinhos com Apresentação do EBOOK – Livro de Resumos do IV Encontro de EEMC

20:00 Jantar convívio

Jantar Tipicamente Alentejano ao sabor do Cante Alentejano: Património Imaterial da Humanidade

Dia 20 de Janeiro

08:30 Abertura do secretariado

09:00 Painel de Pósteres e Comunicações Livres:

A Partilha da Excelência da Prática Clínica Especializada

Moderadores de Comunicações Livres: Maria Anjos Frade, Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESESJD) e Sílvia Alminhas, Secretária da MCEEMC da OE

Moderadores de Pósteres: Catarina Lobão, Presidente da MCEEMC da OE e Helena Penaforte, Presidente do Conselho de Enfermagem Regional (CER) da Secção Regional do Norte (SR Norte) da OE

10:00 Coffee break

10:15 Mesa Redonda: Projectos de Referência na Partilha da Prática Clínica Especializada

Moderador: Rui Gonçalves, Presidente do Conselho de Enfermagem Regional (CER) da Secção Regional do Centro (SR Centro) da OE

Projectos:

- Beja +: Cuidados Paliativos na Comunidade

Palestrante: Catarina Pazes, ACES Baixo Alentejo - Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

- Acompanhamento de Doentes com Insuficiência Cardíaca

Palestrante: Joana Pereira de Sousa, Unidade de Tratamento da Insuficiência Cardíaca Avançada do Serviço de Cardiologia do CHUC

- Enfermagem Perioperatória

Palestrante: Maria Manuela Costa, Unidade de Cirurgia de Ambulatório do CHUC

- Transporte Aéreo do Doente Crítico na Região Autónoma dos Açores

Palestrante: Luís Viegas, Unidade de Evacuações da Região Autónoma dos Açores

- Monitorização da Dor como 5º Sinal Vital no Contexto da Prática Especializada num Centro Multidisciplinar de Dor

Palestrante: Dulce Guerreiro, Centro Multidisciplinar da Dor, Hospital Garcia de Orta, EPE - Almada

12:30 Sessão de encerramento e entrega de prémios

13:00 Almoço livre

14:30 Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica (Reservado aos membros, de acordo com o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros)

Destinatários do Encontro:

Enfermeiros Especialistas, Enfermeiros, Estudantes de Enfermagem e Docentes de Enfermagem.

www.odenenfermeiros.pt

ANEXO IV - Certificado de presença no workshop da ECMO



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

Ana Mafalda Lopo Balsas,

membro nº **67663** desta Ordem, esteve presente no **Workshop Resgate em Oxigenação por Membrana Extra-Corpórea (ECMO): da Origem ao Centro de Referência – Uma Prática Especializada**, no dia 19 de Janeiro de 2018, com a duração total de **3 horas**, em Évora, no Auditório do Colégio do Espírito Santo da Universidade de Évora.

Évora, 20 de Janeiro de 2018.

A Bastonária

Ana Rita Pedroso Cavaco

ANEXO V - Certificado de presença nas III jornadas da Urgência

CERTIFICADO

Para os devidos efeitos se certifica que **Ana Mafalda Lopo Balsas** participou nas III Jornadas da Urgência, que decorreram nos dias 23 e 24 de Novembro de 2017, com a duração de 12 horas, organizadas pelo Serviço de Urgência do Hospital Doutor José Maria Grande.

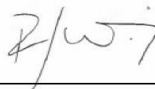
Portalegre, 24 de Novembro de 2017

Pe'l'A Organização



Arminda Pedro

O Presidente do CTC da ESSP/IPP



Raul Cordeiro

ANEXO VI - Certificado de 1º lugar do póster com o título: “Sistema de Triagem de Manchester- eficácia na prática de enfermagem na abordagem ao doente crítico” nas III jornadas da Urgência

CERTIFICADO

Para os devidos efeitos se certifica que **Ana Balsas** apresentou o poster com o título “Sistema de triagem de Manchester – eficácia na prática de enfermagem na abordagem ao doente crítico” integrado nas III Jornadas da Urgência, que decorreram nos dias 23 e 24 de Novembro de 2017, organizadas pelo Serviço de Urgência do Hospital Doutor José Maria Grande, tendo sido classificado com o 1º lugar, após avaliação da Comissão Científica.

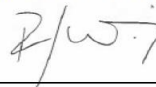
Portalegre, 24 de Novembro de 2017

Pel'A Organização



Arminda Pedro

O Presidente do CTC da ESSP/IPP



Raul Cordeiro

ANEXO VII - Avaliação da Sessão formativa



AVALIAÇÃO DA SESSÃO

--

Agradecemos o preenchimento do presente questionário, de modo a apoiar-nos na análise e preparação de próximos eventos formativos, promovidos pelo GPGQ:

Comentários e/ou sugestões são também, para nós, muito importantes.

	Nada Adequada	Pouco Adequada	Adequada	Muito Adequada
1. Como avalia o tema apresentado na Sessão?	1	2	3	4
2. Como avalia a apresentação realizada?	1	2	3	4
3. Qual a importância desta Sessão para o conhecimento do SGQ Do seu serviço?	1	2	3	4
4. Qual a importância do uso desta metodologia da Qualidade para Bom desempenho da actividade do serviço?	1	2	3	4
5. Como avalia a organização desta Sessão de relativamente a:				
<i>I – Divulgação</i>	1	2	3	4
<i>II – Sala da Sessão</i>	1	2	3	4
<i>III – Som / Imagem</i>	1	2	3	4
<i>IV – Duração</i>	1	2	3	4

6. Como classifica a Sessão de acordo com as suas expectativas: _____

7. Sugestões e/ou Comentários que considere relevantes: _____

Nome (Facultativo): _____

(Coloque este questionário na cadeira antes de sair)

Agradecemos a sua valiosa colaboração.

ANEXO VIII - Parecer positivo da comissão de ética da Ulsna

7/4 à C.E., no entanto
 Exmo. Sr. Presidente do Conselho
 de Administração da ULSNA, EPE
 Assunto: Solicitação de parecer e autorização do estudo

Eu, Ana Mafalda Lopo Balsas, enfermeira da ULSNA, EPE, a exercer funções no Serviço de Urgência do Hospital de Santa Luzia de Elvas com o n.º mecanográfico 2269, venho por este meio solicitar parecer e apreciação do meu projeto à Comissão de Ética da referida instituição, no âmbito do 1.º Mestrado, em Enfermagem em Associação, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, criado pelo aviso 5622/2016, publicado a 2 de maio de 2016 no n.º 84 do Diário da República – 2.ª série, a decorrer na universidade de Évora.

De momento, terminei o estágio no serviço de Urgência do HSLE, no âmbito da avaliação final, foi-me proposto a elaboração de um relatório de estágio, no qual fosse integrado um projeto de intervenção em serviço. Após reunião com enfermeira chefe e enfermeira supervisora do serviço e discussão sobre o tema, foi aferida a necessidade de melhorar o desempenho dos enfermeiros do serviço de urgência em suporte básico de vida através da prática simulada em SBV/DAE. O projeto tem como linha de investigação a segurança do doente e como objetivo geral otimizar o desempenho dos enfermeiros do serviço de urgência em suporte básico de vida.

Para justificar a necessidade deste projeto será construído e aplicado um questionário aos enfermeiros do SU de forma a identificar as necessidades formativas em SBV/DAE. Após diagnóstico da situação será realizado um plano de intervenção e será realizada formação. Posteriormente, para avaliar os resultados, será realizado um momento de avaliação baseado numa grelha de observação. Todo este processo terá como base a prática simulada, de forma a garantir o melhor desempenho dos enfermeiros em situação real, garantindo simultaneamente a segurança do doente. Na aplicação dos questionários será garantido o anonimato e confidencialidade dos dados colhidos, bem como será garantido o consentimento informado a todos os enfermeiros envolvidos no processo, sendo o seu envolvimento facultativo.

Mais informo que após o projeto ser aceite o gabinete de formação irá ser informado e não será necessário a colaboração de outras entidades, uma vez que a prática simulada será realizada por mim.

Através da conceção e implementação deste projeto, pretende-se desenvolver competências na área da especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica e atingir competências de mestre em enfermagem.

Pede deferimento,

22/02/2018
 Autógrafa
 Ana Mafalda Lopo Balsas
 (Ana Mafalda Lopo Balsas)

Elvas, 1 de Fevereiro de 2018
 Mafalda Balsas
 (Ana Mafalda Lopo Balsas)

À Sr. D.ª Ana Mafalda Lopo Balsas
 Sec.ª de Catece. Análise para
 de promoção sobre o projeto
 projeto de intervenção
 conceção e implementação
 com a prática simulada
 suporte básico de vida
 Sr. Presidente do CA - 2018-02-07

ULSNA-EPE
 SECRETARIADO DA ADMINISTRAÇÃO
 ENTRADA Nº 201706909 (NOV-1)
 01/02/18
 S.ª D.ª Ana Mafalda Lopo Balsas
 S.ª D.ª Ana Mafalda Lopo Balsas
 S.ª D.ª Ana Mafalda Lopo Balsas

**ANEXO IX - Parecer positivo da comissão de ética da Universidade de
Évora**



Documento 1 8 0 4 5

**Comissão de Ética para a Investigação Científica
nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Prof. Doutor Fernando Cape-la, e Prof. Doutor Luís Sebastião, deliberaram dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto "Revalidação de competências em suporte básico de vida/DAE como determinante na segurança do doente crítico" da investigadora **Ana Maria Lopo Balsas** (mestranda) e Prof.º Doutora Maria do Céu Mendes Pinto Marques (responsável académico).

Universidade de Évora, 10 de Janeiro de 2018

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)

ANEXO X - Consentimento Informado

Declaração de consentimento informado utilizada no estudo

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a responsável do projeto.

Data: / /

ASS: